

LIVRE BLANC

La Charente-Maritime Horizons 2016



Le Schéma départemental 2011/2016 en faveur des personnes âgées



ouvre de nouveaux horizons

La Charente-Maritime
Horizons 2016 →



Le Schéma départemental
2011/2016 en faveur
des **personnes âgées**





Le Code de l'action sociale et des familles a prévu la réalisation, au moins tous les 5 ans, d'un Schéma départemental de l'organisation sociale et médico-sociale.

Les schémas relatifs aux personnes âgées, handicapées ou en perte d'autonomie sont arrêtés par le Président du Conseil général, après concertation avec le représentant de l'État dans le département et avec le Directeur général de l'Agence Régionale de Santé. Ils sont examinés dans le cadre de la commission de coordination des politiques publiques de santé dans le domaine des prises en charge et des accompagnements médico-sociaux, associant les services de l'État, les collectivités territoriales et leurs groupements et les organismes de sécurité sociale.

Ce schéma doit remplir cinq objectifs :

- **apprécier les besoins** sociaux et médico-sociaux de la population du département (leur nature, leur niveau et leur évolution) ;
- **établir un bilan** de l'offre sociale et médico-sociale existante, en termes qualitatifs et quantitatifs ;
- **déterminer les objectifs** et les perspectives de développement de cette offre, notamment ceux nécessitant de créer, transformer ou supprimer des établissements et services ;
- préciser le cadre de la **coopération et de la coordination** entre les établissements et services (y compris de santé) afin de répondre au mieux aux besoins de la population ;
- définir les critères **d'évaluation** des actions mises en œuvre.

Le Schéma départemental en faveur des personnes âgées de la Charente-Maritime arrivant à échéance en 2010, une démarche concertée a été mise en œuvre pour réfléchir à la politique du Département en faveur de cette population. Cette démarche a été conduite conjointement par le Conseil général et l'Agence Régionale de Santé (ARS) et a associé de très nombreux partenaires comme le détaille la méthodologie présentée ci-dessous.

Méthodologie d'élaboration du Schéma départemental

La conception de ce schéma en faveur des personnes âgées s'est déroulée en trois grandes phases :

1^{re} phase : février-avril 2010

Cette phase a consisté principalement à tirer le bilan du précédent schéma et à rédiger l'état des lieux de la prise en charge des personnes âgées dans le

département. Cet état des lieux et ce bilan ont été réalisés à partir d'entretiens avec les principaux acteurs concernés (au sein du Conseil général, de l'ARS, de la Caisse de la Mutualité Sociale Agricole (MSA), de la Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail (CARSAT), des représentants des usagers, des services intervenant au domicile des personnes âgées, des établissements, des syndicats, ...) et d'une analyse de documents décrivant la prise en charge des personnes âgées en Charente-Maritime.

Parallèlement, des questionnaires ont été adressés aux personnes âgées en établissement ou à domicile, aux responsables de services, d'établissements, aux accueillants familiaux et aux professionnels de l'évaluation. Les résultats de ces questionnaires sont venus alimenter l'état des lieux et le bilan du précédent schéma. Leur synthèse est présentée en 4^e partie de ce schéma.

2^e phase : avril-juillet 2010

Ce schéma a été l'occasion de mener une importante consultation et a permis la participation de l'ensemble des intervenants auprès des personnes âgées dépendantes.

À partir des enjeux identifiés dans l'état des lieux, dans le bilan du précédent schéma et suite à la rencontre avec les institutions partenaires dans ces domaines d'intervention, quatre groupes de travail ont été formés.

Leur rôle consistait à proposer des solutions aux problématiques suivantes :

- Comment faciliter la coordination et le travail en réseau des acteurs intervenant auprès de la personne âgée ?
- Comment améliorer l'offre d'accompagnement des personnes âgées à domicile ou en famille d'accueil et comment soutenir et former les intervenants, les familles et les accueillants familiaux ?
- Comment optimiser l'accueil en établissement et comment l'adapter aux besoins notamment des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ?
- Comment encourager le maintien et l'intégration des personnes âgées dans la société ?

Chaque groupe de travail était composé d'environ une vingtaine de personnes, représentatives des différents métiers concernés, des différents pays du département et associant systématiquement des représentants des usagers.

Ces travaux ont abouti à la définition des orientations générales et à l'élaboration de fiches actions qui ont été présentées au comité technique et au comité de pilotage.



3^e phase : août 2010 - décembre 2010

Cette phase a permis de finaliser et de valider les fiches actions, le plan d'actions et de rédiger le schéma dans son ensemble. Celui-ci a été finalement validé par le comité de pilotage puis par l'Assemblée Départementale en décembre 2010.

Présentation du contenu du Schéma départemental

Ce document décrit dans un premier temps la population de la Charente-Maritime d'un point de vue sociodémographique en la comparant avec les moyennes régionale et nationale et en l'étudiant au niveau infra-départemental. Dans un second temps, il fait le point sur la prise en charge des personnes âgées en Charente-Maritime en 2009-2010 en la comparant avec d'autres départements et en l'étudiant au niveau infra-départemental.

La 3^e partie de ce document dresse le bilan des actions préconisées dans le cadre du précédent schéma en faveur des personnes âgées.

La 4^e partie propose une synthèse des questionnaires analysés dans le cadre de ce schéma.

Enfin, la dernière partie est constituée des fiches actions et des grandes orientations de la prise en charge des personnes âgées pour le département de la Charente-Maritime pour la période 2011-2016.





SOMMAIRE

INTRODUCTION

CHAPITRE N° 1

Présentation du département,
description du contexte
sociodémographique
et des caractéristiques
économiques

CHAPITRE N° 2

Accompagnement des personnes
âgées en Charente-Maritime

CHAPITRE N° 3

Bilan du précédent schéma



Dominique BUSSEREAU Président du Conseil général
de la Charente-Maritime **p. 11**

1.1 - Le portrait démographique de la Charente-Maritime **p. 12**

**1.2 - Le contexte socio-économique en Charente-Maritime et l'évaluation chiffrée
de l'effort global du Conseil général en matière sociale** **p. 20**

1.3 - Une prise en charge organisée en délégations territoriales **p. 25**

**1.4 - Un département présentant des disparités socio-économiques
selon les pays** **p. 30**

2.1 - L'organisation de la vie à domicile **p. 37**

**2.2 - Les caractéristiques des bénéficiaires de l'allocation personnalisée
d'autonomie à domicile** **p. 40**

2.3 - Les prestations financées par l'allocation personnalisée d'autonomie **p. 47**

2.4 - L'organisation de l'accompagnement en accueil familial **p. 64**

2.5 - L'organisation de la prise en charge en établissement **p. 70**

**2.6 - Un nombre de bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie
en établissement en augmentation** **p. 99**

**2.7 - Les priorités de l'État en matière de prise en charge des personnes âgées
dépendantes** **p. 105**

2.8 - L'état de l'offre de soins en Charente-Maritime **p. 108**

2.9 - L'organisation et la coordination de l'offre médico-sociale **p. 113**

3.1 - La prévention et la coordination autour de la personne âgée **p. 121**

3.2 - Les services d'aide à domicile et la professionnalisation de l'aide à domicile **p. 124**

3.3 - L'accueil familial **p. 128**

**3.4 - L'accueil de publics spécifiques (personnes âgées désorientées
et personnes handicapées âgées)** **p. 130**

**3.5 - Les structures d'accueil pour personnes âgées et la promotion de la qualité
dans les établissements et les services** **p. 134**



SOMMAIRE

→ **CHAPITRE N° 4**
Résultats des questionnaires

→ **CHAPITRE N° 5**
Fiches actions

→ **CHAPITRE N° 6**
Synthèse

→ **CHAPITRE N° 7**
Glossaire

→ **INDEX**



4.1 - Les résultats de l'enquête auprès des personnes âgées vivant à domicile	p. 140
4.2 - Les résultats de l'enquête auprès des personnes âgées résidant en établissement	p. 146
4.3 - Les résultats de l'enquête auprès des accueillants familiaux	p. 151
4.4 - Les résultats de l'enquête auprès des responsables de services	p. 156
4.5 - Les résultats de l'enquête auprès des responsables d'établissement accueillant des personnes âgées	p. 161
4.6 - Les résultats de l'enquête auprès des professionnels de l'évaluation	p. 169

5.1 - Axe 1 : Améliorer l'offre d'accompagnement des personnes âgées à domicile	p. 179
5.2 - Axe 2 : Mieux adapter l'accueil en établissement aux besoins des personnes âgées	p. 186
5.3 - Axe 3 : Soutenir et développer l'accueil familial	p. 197
5.4 - Axe 4 : Optimiser le fonctionnement des structures et favoriser la coordination et le travail en réseau des acteurs intervenant auprès de la personne âgée	p. 205
5.5 - Axe 5 : Encourager le maintien et l'intégration des personnes âgées dans la société	p. 221
5.6 - Axe 6 : Organiser le pilotage de la politique départementale en faveur des personnes âgées	p. 230

p. 232

p. 238

p. 242





© Mélanie Chaigneau

Dominique BUSSEREAU

Président du Conseil Général de la Charente-Maritime,
Ancien Ministre,
Député

“ *Le nouveau Schéma départemental en faveur des personnes âgées concerne la période 2011 – 2016.*

Il rassemble toutes les données susceptibles d'éclairer notre action, qu'il s'agisse de bilans, de statistiques ou d'enquêtes spécifiques.

Il organise ensuite autour de 5 grands axes tous les objectifs qui ont été retenus et les actions à mettre en œuvre pour les atteindre.

Le Schéma départemental est donc le fruit d'un long et minutieux travail collectif. Nous avons souhaité en effet que la concertation soit la plus large possible. Tous les acteurs concernés (institutions, professionnels, usagers...) y ont été associés et, localement, le relais a été assuré par les Délégations territoriales du Département.

L'enjeu est d'autant plus important que notre département est particulièrement attractif pour les seniors et retraités et compte une proportion de personnes âgées très supérieure à la moyenne nationale, qui va continuer à progresser.

La Charente-Maritime doit donc impérieusement rassembler et coordonner les compétences pour améliorer sans cesse sa politique en faveur des personnes âgées, une politique qui doit tenir compte de la diversité des besoins recensés, mais intégrer aussi le rôle de plus en plus grand que jouent les seniors dans notre société.”

Le Schéma départemental
2011/2016 en faveur
des **personnes âgées**

→ **CHAPITRE N° 1**

**Présentation du département,
description du contexte sociodémographique
et des caractéristiques économiques**





La première partie vise à décrire le département ainsi que la population de la Charente-Maritime d'un point de vue sociodémographique en la comparant avec les moyennes régionale et nationale et en l'étudiant au niveau infra-départemental.

Dans un premier temps, sont étudiés la structuration de la population et son évolution par classes d'âge, puis le contexte socio-économique du département ainsi que les différents pays le composant. Une analyse des dépenses d'action sociale en Charente-Maritime est réalisée au regard des besoins de la population et par comparaison avec d'autres départements similaires.

Enfin, l'organisation mise en place dans le département de la Charente-Maritime pour répondre aux besoins des personnes âgées est décrite, notamment au sein de chaque pays.

Le contenu de cette première partie a été élaboré essentiellement à partir de l'analyse des documents fournis par le Conseil général et ses partenaires ainsi qu'à partir des données disponibles au niveau national (Association Nationale des Directeurs d'Action Sociale et de Santé des Départements, Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques, Institut National de la Statistique et des Études Économiques...).

1.1 - Le portrait démographique de la Charente-Maritime

a/ Une population qui augmente globalement plus vite que la moyenne nationale et régionale

Évolution de la population de 1999 à 2008

	Populations légales municipales	Populations légales municipales	Évolution de la population	Estimation de la population	Répartition de la population estimée en 2008 par âge				
					0 à 19 ans	20 à 39 ans	40 à 59 ans	60 à 74 ans	75 ans et plus
	1999	2007	99/07	2008	2008	2008	2008	2008	2008
Charente-Maritime	557 024	605 410	8,7 %	609 500	134 171	131 975	169 664	103 242	70 448
Poitou-Charentes	1 640 068	1 739 780	6,08 %	1 749 500	395 199	406 567	487 672	269 279	190 783
France métropolitaine	58 518 395	61 795 550	5,60 %	62 131 000	15 315 215	16 161 795	17 018 470	8 261 819	5 373 701

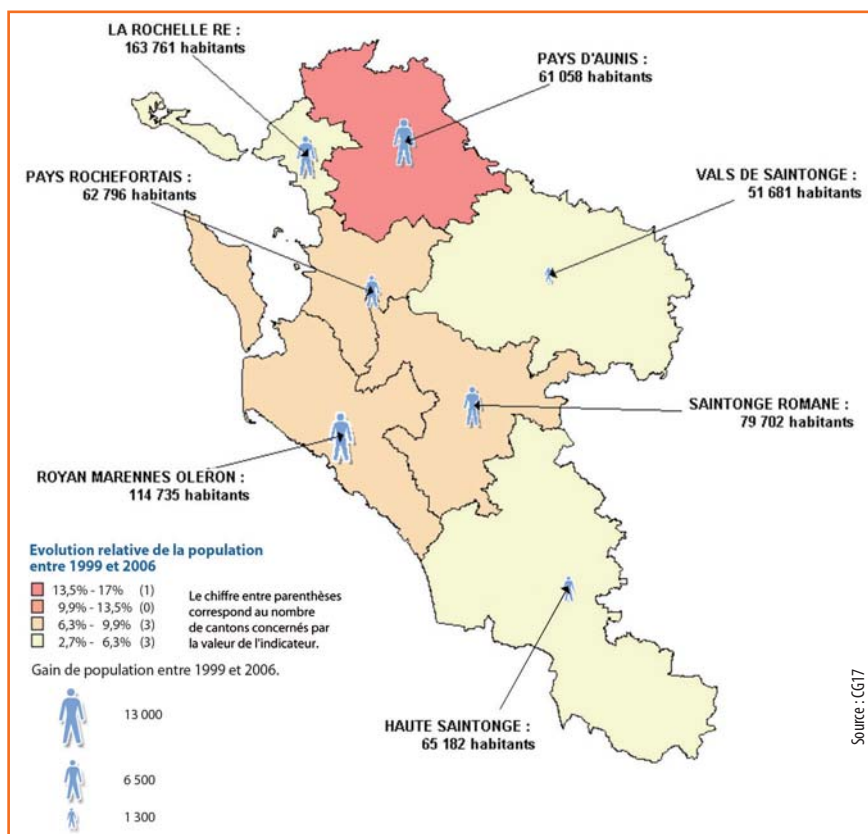
Source : Annuaire Andass des données sociales et de santé 2010

La Charente-Maritime est le 38^e département de la France métropolitaine, avec une population de 609 500 habitants en 2008.

En 1999, la Charente-Maritime comptait 557 024 habitants contre 605 410 en 2007, ce qui représente une augmentation de la population de 8,7 % soit une évolution supérieure de 3 points à celle de la moyenne nationale et de 2 points à celle de la moyenne régionale.

Par rapport aux départements de la région Poitou-Charentes, la Charente-Maritime compte environ deux fois plus d'habitants que la Charente ou que les Deux-Sèvres et totalise à elle seule près de 35 % de la population régionale. La Vienne recense une population qui représente deux tiers de celle de la Charente-Maritime.

b/ Une augmentation de la population sur la totalité du département





Tous les pays ont vu leur population augmenter entre les deux derniers recensements. Les délégations territoriales du Conseil général (DT) de Royan-Marennes-Oléron et du Pays d'Aunis sont celles qui ont connu la plus forte augmentation. La délégation territoriale du Pays d'Aunis a eu le gain relatif le plus important puisque sa population a augmenté de 19 % entre 1999 et 2006. Par comparaison, Royan-Marennes-Oléron a vu sa population croître de 14 %.

La population des délégations territoriales de la Haute Saintonge et des Vals de Saintonge s'était réduite entre 1990 et 1999, mais cette tendance s'est inversée au cours de la dernière période de recensement.

Répartition et évolution relative de la population dans les pays entre 1999 et 2006

Pays	Populations légales en 2006	Part dans la population du département (%)	Évolution de la population entre 1999 et 2006 (%)
Pays de La Rochelle-Ré	163 763	27,34 %	4 %
Pays d'Aunis	61 058	10,19 %	19 %
Pays Rochefortais	62 796	10,48 %	10 %
Pays Royan-Marennes-Oléron	114 735	19,16 %	14 %
Pays de Saintonge Romane	79 702	13,31 %	4 %
Pays de Haute Saintonge	65 185	10,88 %	4 %
Pays des Vals de Saintonge	51 682	8,63 %	0 %
Total	598 921	100,00 %	8 %

Source : Insee, RP 2006 et schéma gérontologique 2005-2010

Le pays de La Rochelle-Ré regroupe plus de 27 % de la population départementale, ce qui en fait le secteur le plus peuplé (163 763 habitants), suivi par le pays de Royan-Marennes-Oléron avec 19 %.

Les délégations territoriales de la Saintonge Romane, de la Haute Saintonge, du pays d'Aunis, du pays Rochefortais et des Vals de Saintonge comptent respectivement entre 51 600 habitants et 79 700 habitants qui représentent chacune entre 9 et 13 % de la population du département. Cette répartition a peu évolué entre les deux recensements.

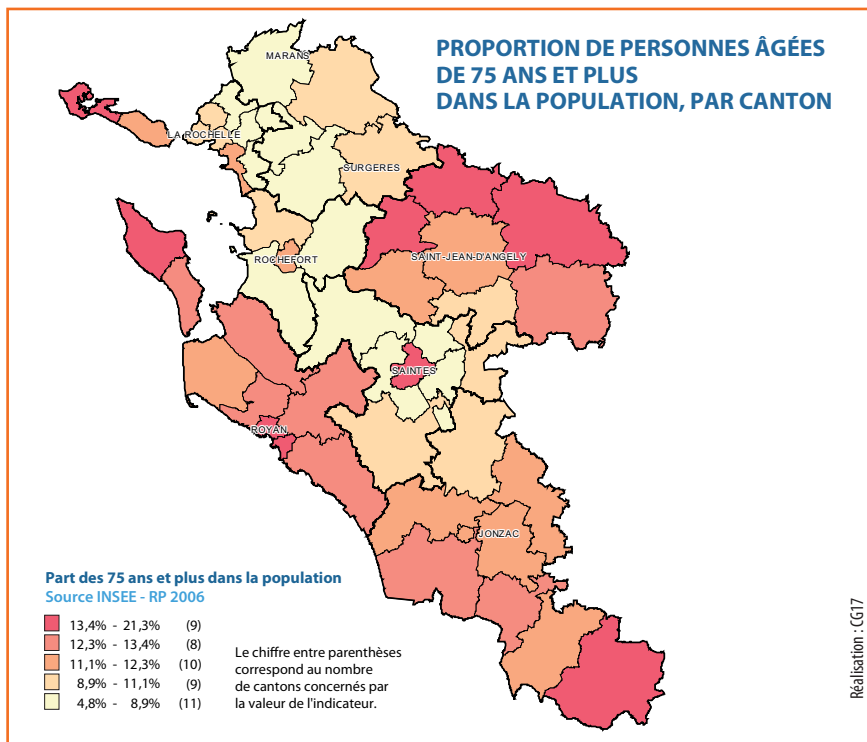
c/ Une population relativement plus âgée que la moyenne nationale et régionale

Répartition de la population par tranche d'âge en 2008

	Répartition de la population estimée en 2008 par âge				
	0 à 19 ans	20 à 39 ans	40 à 59 ans	60 à 74 ans	75 ans et plus
Charente-Maritime	22 %	22 %	28 %	17 %	12 %
Poitou-Charentes	23 %	23 %	28 %	15 %	11 %
France métropolitaine	25 %	26 %	27 %	13 %	9 %

Source : Annuaire Andass des données sociales et de santé 2010

La part des personnes de 60 ans et plus en Charente-Maritime est supérieure de 3 points à la moyenne régionale et de 7 points par rapport à la moyenne nationale. Ainsi, les personnes âgées représentent 29 % de la population dans ce département, contre 26 % en Poitou-Charentes et 22 % en France métropolitaine.





Répartition de la population par tranche d'âge dans les pays en 2006

Pays	Pays de La Rochelle-Ré	Pays d'Aunis	Pays Rochefortais	Pays Royan-Marennes-Oléron	Pays de Saintonge Romane	Pays de Haute Saintonge	Pays des Vals de Saintonge	Département de la Charente-Maritime
Part des 0-19 ans	21,9 %	26,1 %	23,1 %	18,9 %	23,4 %	21,4 %	21,3 %	22,3 %
Part des 20-39 ans	24,6 %	25,4 %	24,9 %	18,4 %	22,0 %	20,9 %	19,9 %	22,3 %
Part des 40-59 ans	27,9 %	27,7 %	27,6 %	27,0 %	29,3 %	28,7 %	28,3 %	28,0 %
Part des 60-75 ans	15,5 %	12,6 %	14,7 %	21,3 %	15,0 %	16,8 %	17,6 %	16,2 %
Part des 75 ans et plus	10,1 %	8,2 %	9,7 %	14,5 %	10,2 %	12,2 %	12,9 %	11,1 %

Source : INSEE, recensement de population (RP) 2006

La situation est hétérogène. On peut ainsi distinguer trois groupes de pays :

- dans le **premier groupe**, la part des plus de 60 ans est particulièrement élevée et supérieure à la moyenne départementale : pays de Royan-Marennes-Oléron (35,8 %), des Vals de Saintonge (30,5 %) et de la Haute Saintonge (29 %) ;
- dans le **deuxième groupe**, trois secteurs sont similaires au profil général du département : pays de La Rochelle-Ré (25,6 %), de la Saintonge Romane (25,2 %) et Rochefortais (24,4 %) ;
- dans le **troisième groupe**, le pays d'Aunis (20,8 %) se situe en deçà de cette moyenne départementale, ce qui suppose une population plus jeune que pour les pays examinés ci-avant.

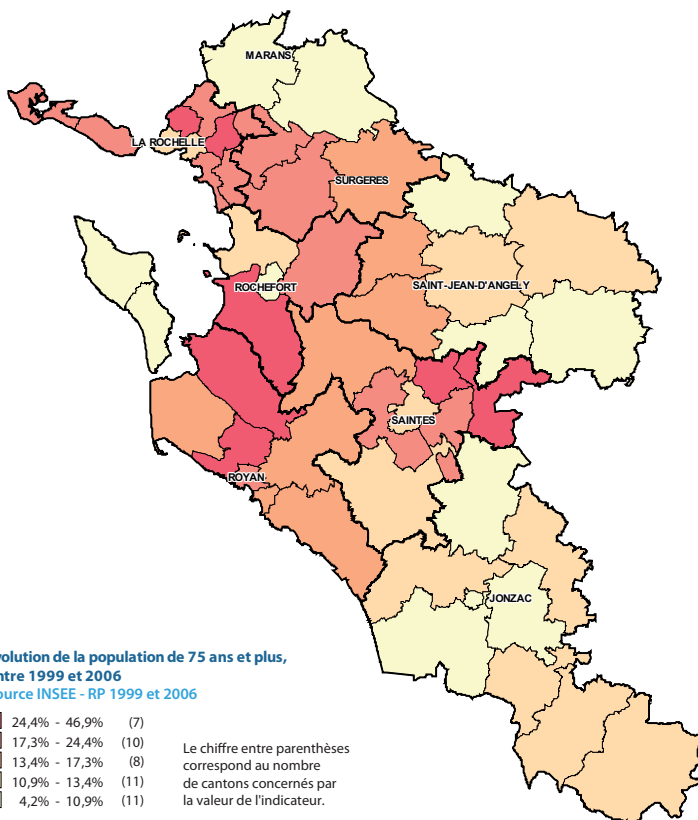
Évolution de la population âgée de plus de 75 ans dans les pays entre 1999 et 2006

Pays	Pays de La Rochelle-Ré	Pays d'Aunis	Pays Rochefortais	Pays Royan-Marennes-Oléron	Pays de Saintonge Romane	Pays de Haute Saintonge	Pays des Vals de Saintonge	Département de la Charente-Maritime
Population âgée de 75 ans au RP de 1999	13 580	4 772	5 313	14 161	7 045	7 204	6 055	58 130
Population âgée de plus de 75 ans au RP de 2006	16 585	4 998	6 103	16 605	8 153	7 963	6 684	67 091
Évolution entre 1999 et 2006	+ 22,1 %	+ 4,7 %	+ 14,9 %	+ 17,3 %	+ 15,7 %	+ 10,5 %	+ 10,4 %	+ 15,4 %

Source : INSEE, Recensement de population (RP) 1999 et RP 2006

Ce tableau permet de constater que le pays de La Rochelle-Ré a vu le nombre des personnes âgées de plus de 75 ans augmenter de la façon la plus importante avec + 22,1 %, suivi du pays de Royan-Marennes-Oléron avec + 17,3 %. Le pays de Saintonge Romane et le pays Rochefortais se situent dans la moyenne départementale avec une augmentation respectivement de 15,7 % et 14,9 %. Les pays de la Haute Saintonge et des Vals de Saintonge ont connu une évolution moins rapide de leur population âgée de plus de 75 ans avec une hausse de l'ordre de +10,5 %. Enfin, le pays d'Aunis a connu un accroissement très faible des personnes âgées de plus de 75 ans, à hauteur de + 4,7 %.

ÉVOLUTION DU NOMBRE DE PERSONNES ÂGÉES DE 75 ANS ET PLUS, ENTRE 1999 ET 2006, PAR CANTON





d/ La projection démographique de la Charente-Maritime à horizon 2030

Évolution de la population en Charente-Maritime à l'horizon 2030

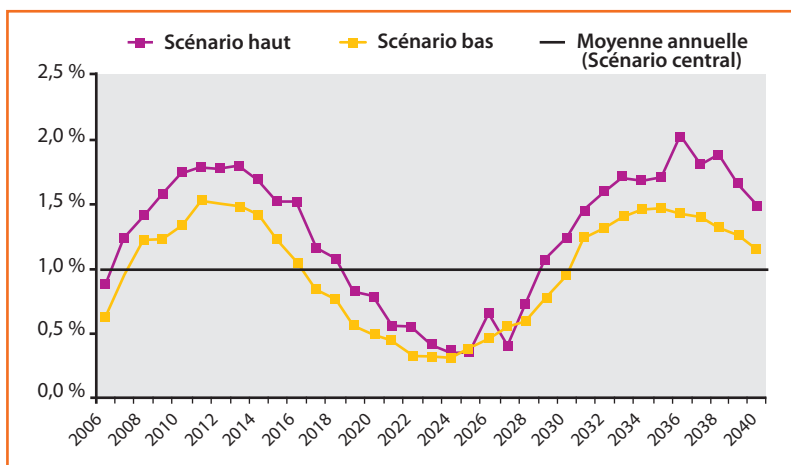
Année	Population au 1 ^{er} janvier (en milliers)	Structure par âge (en %)					Âge moyen
		0-19 ans	20-59 ans	60-79 ans	80 ans et plus	Total 60 ans et plus	
2010	615 706	21,4 %	49,6 %	22,1 %	7,0 %	29,1 %	43,5
2015	638 436	20,9 %	47,5 %	24,0 %	7,6 %	31,6 %	44,4
2020	659 368	20,4 %	45,8 %	26,1 %	7,7 %	33,8 %	45,3
2025	678 982	19,7 %	44,5 %	28,1 %	7,7 %	35,8 %	46,2
2030	697 363	19,2 %	43,2 %	28,2 %	9,4 %	37,6 %	47

Source : INSEE, modèle OMPHALE

Selon les projections de l'INSEE, la région Poitou-Charentes devrait compter **1 870 000 habitants en 2030**. L'essentiel de cette hausse proviendrait d'un excédent migratoire car, dès la fin de la décennie actuelle, le nombre de décès deviendrait supérieur au nombre de naissances. Plus d'un habitant sur trois serait alors âgé de plus de 60 ans. Cependant, cet accroissement de population ne devrait concerner que les départements de la Vienne et de la Charente-Maritime. La population des Deux-Sèvres resterait stable et celle de la Charente diminuerait.

Ainsi, en Charente-Maritime, **la part des personnes de 60 ans et plus ne devrait cesser d'augmenter** : de **29,1 % en 2010, elle atteindrait 37,6 % en 2030**. La population devrait ainsi continuer à vieillir. L'âge moyen, de 43,5 ans en 2010, serait de 47 ans en 2030.

*Projection de la population dépendante à l'horizon 2040
(Croissance estimée du nombre de bénéficiaires de l'allocation personnalisée
d'autonomie à domicile et en établissement) en Charente-Maritime
(scénario haut et scénario bas)*



Source : DREES

Cette tendance devrait perdurer. En effet, la DREES prévoit une croissance annuelle moyenne de la population âgée dépendante de 1 % jusqu'en 2040 en raison du vieillissement relatif de la population.

1.2 - Le contexte socio-économique en Charente-Maritime et l'évaluation chiffrée de l'effort global du Conseil général en matière sociale

Dans cette partie, il est apparu intéressant de mesurer l'évolution des dispositifs à destination des personnes âgées au sein du département, mais également de les comparer avec d'autres départements de Poitou-Charentes ainsi qu'avec certains autres ayant un profil similaire (démographie, caractéristiques géographiques...) tels que les Côtes d'Armor, les Pyrénées-Atlantiques et la Vendée. Les départements ont été choisis à partir des données de l'ANDASS 2010 portant sur l'année 2008. Ils ont été classés dans un ordre croissant en fonction de leur population.



Départements	Estimation population en 2008	Part des 60-74 ans dans la population totale	Part des 75 ans et plus dans la population totale	Densité de population en 2007 (habitants au km ²)	Taux de chômage localisé 4 ^e trimestre 2008	Bénéficiaires de l'ASS 2007	Part des bénéficiaires de l'ASPA dans la population âgée de plus de 60 ans en 2008	Dépenses nettes d'aide sociale/hab. 2008	Dépenses d'aide sociale aux personnes âgées + dépenses d'APA par personne âgée de plus de 60 ans en 2008
Charente	350 500	15,65 %	11,33 %	58,3	8,40 %	2 018	4,09 %	374,10 €	617,92 €
Deux-Sèvres	365 000	14,63 %	10,69 %	60	5,90 %	1 315	3,82 %	353,60 €	470,87 €
Vienne	424 500	13,61 %	9,80 %	59,9	7,10 %	1 522	3,74 %	344,20 €	454,77 €
Côtes-d'Armor	579 000	16,44 %	11,27 %	83	6,50 %	2 531	3,63 %	346,90 €	417,70 €
Charente-Maritime	609 500	16,94 %	11,56 %	87,3	8,90 %	3 601	2,92 %	395,90 €	471,68 €
Vendée	615 000	15,48 %	9,83 %	88,9	6,30 %	2 331	3,15 %	266,20 €	391,83 €
Pyrénées-Atlantiques	647 000	15,26 %	10,88 %	83,3	7,00 %	2 904	4,17 %	347,80 €	536,60 €

Source : Annuaire Andass des données sociales et de santé 2010

a/ Un Département qui réalise un effort plus important que ses voisins en matière d'aide sociale globale et similaire dans le domaine de l'aide sociale aux personnes âgées

L'aide sociale des Départements en 2008

Départements	Dépenses brutes d'aide sociale (€)	Dépenses nettes d'aide sociale par habitant (€/hab)	Dépenses brutes d'aide sociale aux personnes âgées (€)	Dépenses d'APA (€)	Dépenses brutes d'aide sociale aux personnes âgées + dépenses d'APA par personne âgée de plus de 60 ans en 2008 (€)
Charente	163 460 660 €	374 €	19 851 821 €	38 593 866 €	618 €
Deux-Sèvres	149 964 090 €	354 €	9 087 079 €	34 422 675 €	471 €
Vienne	176 525 728 €	344 €	14 418 800 €	30 779 296 €	455 €
Côtes-d'Armor	234 599 569 €	347 €	15 012 494 €	52 017 584 €	418 €
Charente-Maritime	300 635 618 €	396 €	22 819 222 €	59 107 253 €	472 €
Vendée	203 575 936 €	266 €	20 960 314 €	40 031 339 €	392 €
Pyrénées-Atlantiques	286 809 487 €	348 €	37 159 520 €	53 588 327 €	537 €

Source : Annuaire Andass des données sociales et de santé 2010

En 2008, les dépenses nettes d'aide sociale par habitant de la Charente-Maritime sont supérieures à celles des autres Départements de Poitou-Charentes et des autres Départements étudiés.

Pour autant, en se limitant aux dépenses d'aide sociale aux personnes âgées et d'allocation personnalisée d'autonomie, rapportées aux personnes âgées de

plus de 60 ans, on observe que la Charente-Maritime, avec un ratio annuel de 472 €, se situe au niveau de la moyenne du panel des Départements étudiés (474 €).

Répartition de l'aide sociale des Départements en 2008

Départements	Dépenses totales d'aide sociale en 2008	Part des dépenses famille et enfance	Part des dépenses RMI	Part des dépenses d'aide sociale aux PH	Part des dépenses d'aide sociale aux PA	Part des dépenses d'Allocation Personnalisée d'Autonomie	Autres dépenses
Charente	163 460 660 €	18 %	24 %	20 %	12 %	24 %	2 %
Deux-Sèvres	149 964 090 €	21 %	14 %	24 %	6 %	23 %	12 %
Vienne	176 525 728 €	19 %	26 %	18 %	8 %	17 %	12 %
Côtes-d'Armor	234 599 569 €	28 %	16 %	21 %	6 %	22 %	7 %
Charente-Maritime	300 635 618 €	11 %	25 %	20 %	8 %	20 %	17 %
Vendée	203 575 936 €	17 %	14 %	29 %	10 %	20 %	10 %
Pyrénées-Atlantiques	286 809 487 €	17 %	20 %	18 %	13 %	19 %	14 %

Source : Annuaire Andass des données sociales et de santé 2010

En réintroduisant le financement des rémunérations des assistantes maternelles, ces données 2008 issues du compte administratif du Conseil général de la Charente-Maritime sont modifiées comme suit, pour un total revu de 273 772 000 € :

- part des dépenses famille et enfance : 53 563 000 € (19 %)
- part des dépenses RMI et logement : 73 108 000 € (27 %)
- part des dépenses d'aide sociale aux personnes handicapées : 61 339 000 € (22 %)
- part des dépenses d'aide sociale aux personnes âgées : 22 818 000 € (8 %)
- part des dépenses d'allocation personnalisée d'autonomie : 57 478 000 € (21 %)
- autres dépenses : 5 464 000 € (3 %)

La répartition de ces montants est en cohérence avec celle des autres Départements.



b/ Un département qui compte une plus grande proportion de retraités

Les revenus par département en 2007

Départements	Nombre de ménages fiscaux	Part des ménages imposés	Revenu fiscal médian	Part des revenus salariaux	Part des pensions, retraites, rentes
Charente	150 684	56,3 %	16 384 €	57,9 %	28,4 %
Deux-Sèvres	153 182	56,6 %	16 230 €	61,4 %	25,6 %
Vienne	176 819	58,0 %	16 881 €	62,3 %	25,5 %
Côtes-d'Armor	252 284	55,8 %	16 682 €	55,0 %	30,0 %
Charente-Maritime	267 869	57,3 %	16 603 €	52,7 %	31,9 %
Vendée	258 792	58,4 %	16 672 €	59,0 %	27,0 %
Pyrénées-Atlantiques	273 605	60,9 %	17 667 €	57,2 %	28,6 %

Source : Annuaire Andass des données sociales et de santé 2010, compilation des données de la Direction Générale des Finances Publiques

La Charente-Maritime compte une part plus importante des pensions, retraites et rentes dans les revenus de sa population que celle des autres départements étudiés et son revenu fiscal médian est légèrement inférieur à celui des autres départements mais correspond à ceux de la région Poitou-Charentes.

c/ Un département très concerné par le chômage

Taux de chômage localisés trimestriels par département en moyenne trimestrielle – données corrigées des variations saisonnières (CVS)

Départements	Taux de chômage localisés (4 ^e T 2007)	Taux de chômage localisés (4 ^e T 2008)	Taux de chômage localisés (4 ^e T 2009)	Évolution 2007-2009 (en points)
Charente	8,0 %	8,4 %	10,3 %	+ 2,30
Deux-Sèvres	5,3 %	5,9 %	7,5 %	+ 2,20
Vienne	6,3 %	7,1 %	8,5 %	+ 2,20
Côtes-d'Armor	6,2 %	6,5 %	7,8 %	+ 1,60
Charente-Maritime	8,2 %	8,9 %	11,2 %	+ 3,00
Vendée	5,4 %	6,3 %	8,1 %	+ 2,70
Pyrénées-Atlantiques	6,6 %	7,0 %	8,4 %	+ 1,80

Source : INSEE, Taux de chômage localisés

Entre le 4^e trimestre 2007 et le 4^e trimestre 2009, **le chômage a augmenté dans tous les départements étudiés.**

L'aggravation s'observe dans les quatre départements de Poitou-Charentes, mais les disparités entre les taux de chômage départementaux restent importantes : près de 4 points séparent en 2009 le taux le plus faible, en Deux-Sèvres (7,5 %), du taux le plus élevé, en Charente-Maritime (11,2 %).

La Charente et la Charente-Maritime ont un taux de chômage supérieur à la moyenne nationale (9,6 %) et la Charente-Maritime subit **l'évolution la plus forte de son taux de chômage (+ 3 points)**, passant de 8,2 % en 2007 à 11,2 % en 2009.

d/ Un nombre important de bénéficiaires de l'Allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA)

Bénéficiaires de l'Allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) dans les départements

Départements	Titulaires de l'ASPA		
	Nombre de bénéficiaires	Nombre de bénéficiaires	Évolution des bénéficiaires (%)
	01/01/2007	01/01/2008	2007-2008
Charente	3 954	3 866	-2,23 %
Deux-Sèvres	3 648	3 531	-3,21 %
Vienne	3 783	3 713	-1,85 %
Côtes-d'Armor	5 889	5 821	-1,15 %
Charente-Maritime	5 106	5 065	-0,80 %
Vendée	4 992	4 897	-1,90 %
Pyrénées-Atlantiques	7 050	7 047	-0,04 %

Source : Annuaire Andass des données sociales et de santé 2010

La baisse du nombre de bénéficiaires de l'Allocation de solidarité aux personnes âgées (communément appelée minimum vieillesse) **s'observe dans tous les départements étudiés.** Elle est principalement due à l'accroissement du nombre de personnes ayant cotisé suffisamment longtemps pour avoir une retraite acquise par cotisation. Les femmes ont été plus nombreuses à travailler et elles ont cotisé plus longtemps qu'auparavant. En outre, les dispositifs d'assurance des régimes les moins avantageux, notamment les régimes des non salariés (dont agricoles), ont vu leurs effectifs diminuer fortement.

Néanmoins, la baisse du nombre de bénéficiaires de l'Allocation de solidarité aux personnes âgées, et donc l'amélioration générale du niveau de vie des

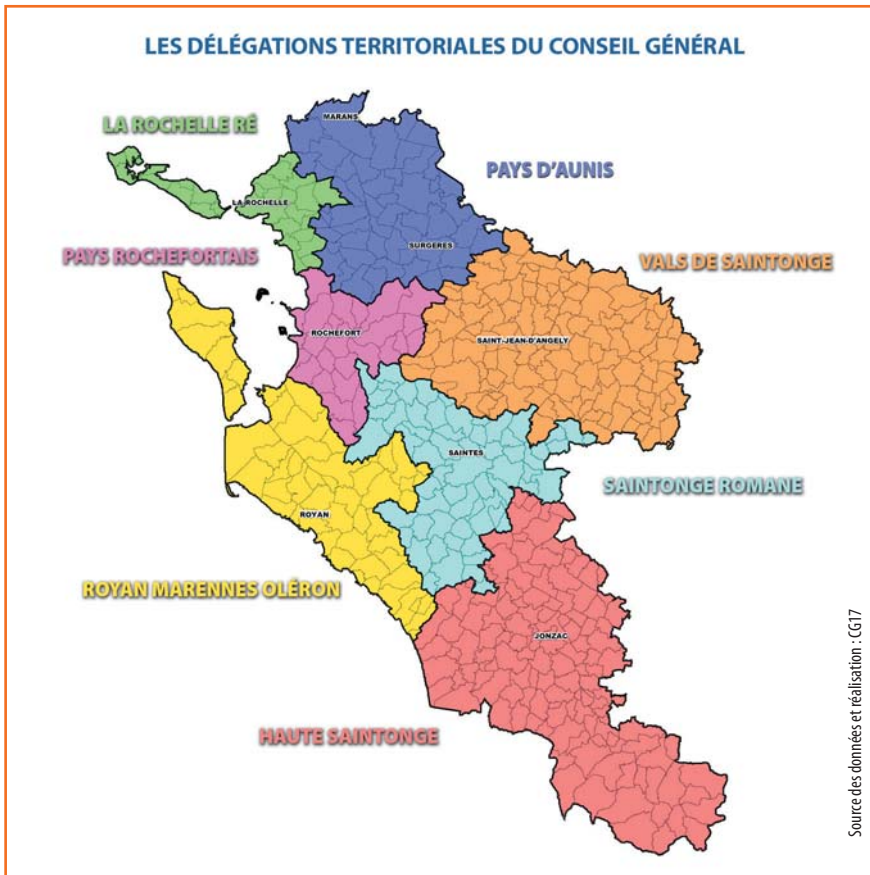


retraités, est plus ou moins marquée selon les départements. Ainsi, cette diminution est de 0,80 % en Charente-Maritime et de 0,04 % dans les Pyrénées-Atlantiques tandis qu'elle atteint 3,21 % dans les Deux-Sèvres.

1.3 - Une prise en charge organisée en délégations territoriales

a/ Présentation des délégations territoriales

Le Conseil Général organise son intervention en faveur des personnes âgées sur l'ensemble du département. Cette action est animée par la direction de l'autonomie et relayée au plan local au sein des 7 délégations territoriales.



Pays de La Rochelle-Ré

Cantons de la délégation territoriale de La Rochelle-Ré



La délégation territoriale de La Rochelle-Ré compte 163 763 habitants au recensement de 2006, soit 27,34 % de la population du département alors qu'elle ne représente que 4,2 % de la superficie de la Charente-Maritime. Elle se compose de treize cantons. 24 % de la population de ce secteur est âgée de 60 ans et plus. Cette proportion de personnes âgées est inférieure de 4 points à celle de l'ensemble du département. La part des 15 – 59 ans est supérieure de 4 points au niveau départemental et atteint 60,5 %. Les retraités représentent 29,47 % de la population de la délégation territoriale. Elle compte plus de cadres (7,38 % contre 4,42 %) et de professions intermédiaires (13,37 % contre 10,87 %) que la moyenne du département.

Pays d'Aunis

Cantons de la délégation territoriale du pays d'Aunis



La délégation du pays d'Aunis compte 61 058 habitants au recensement de 2006, soit 10,19 % de la population départementale et représente 13,68 % de la superficie de la Charente-Maritime. Elle se compose de cinq cantons. La part des retraités y est plus faible que sur le département (26,07 % contre 32,59 %). La part d'employés (18,86 % contre 16,89 %) et d'ouvriers (16,59 % contre 13,93 %) y est supérieure à la moyenne départementale.



Ce pays est en forte croissance démographique, nécessitant l'adaptation d'infrastructures, et se caractérise par deux zones distinctes : le croissant autour de La Rochelle (à l'Ouest), très urbain, et le reste du pays, plus rural.

Pays Rochefortais

Cantons de la délégation territoriale du Pays Rochefortais



La délégation territoriale du pays Rochefortais compte 62 796 habitants au recensement de 2006, soit 10,48 % de la population départementale, pour 7 % de la superficie du département. Elle se compose de cinq cantons. Les catégories les plus représentées par rapport à la répartition départementale sont les employés (20,61 %), les ouvriers (13,31 %), les professions intermédiaires (12,01 %) et les personnes sans activité professionnelle (15,41 %). Cette délégation compte, en proportion, moins de retraités (29,40 % contre 32,59 % dans le département) et moins d'agriculteurs (0,93 % contre 2,41 %), soulignant son potentiel plus actif et son caractère plus urbain. Le pays Rochefortais est un territoire à plusieurs facettes, tout à la fois urbanisé et résidentiel.

Pays de Royan-Mareennes-Oléron

Cantons de la délégation territoriale de Royan-Mareennes-Oléron



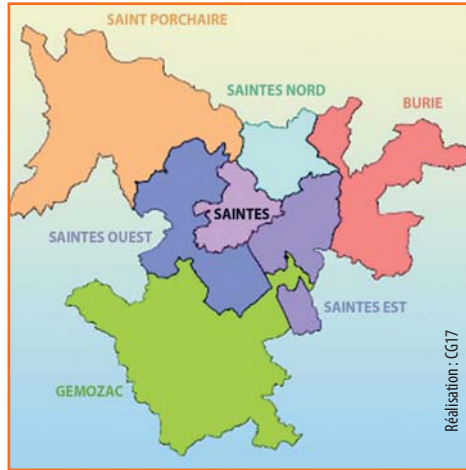
La délégation territoriale de Royan-Mareennes-Oléron compte 114 735 habitants au recensement de 2006, soit 19,16 % de la population départementale, pour 15 % de la superficie du département. Elle se compose de neuf cantons. La délégation territoriale a un solde naturel négatif, lié en particulier à un nombre de décès important, à mettre en relation avec le taux de personnes âgées (36 % de personnes de 60 ans et plus) et la part de retraités (41,45 %). Le revenu net imposable sur le pays est équivalent à celui du département. En revanche, il est composé en moyenne de traitements et salaires moins favorables que pour le reste du département, et de pensions et retraites plus importantes.



Pays de la Saintonge Romane

Cantons de la délégation territoriale de la Saintonge Romane

La délégation territoriale de la Saintonge Romane compte 79 702 habitants au recensement de 2006, soit 13,31 % de la population départementale, pour 13,37 % de la superficie du département. Elle se compose de huit cantons. Un quart de sa population est âgé de 60 ans et plus, tandis que 23 % de celle-ci a moins de 19 ans. Les professions intermédiaires (11,94 % contre 10,87 %) et d'employés (17,51 % contre 16,89 %) sont plus représentées que dans la moyenne départementale. En revanche, ce pays compte moins de retraités (30,29 % contre 32,69 %), du fait de sa structure d'âge.



Pays de la Haute Saintonge

Cantons de la délégation territoriale de la Haute Saintonge

La Haute Saintonge compte, au recensement de la population de 2006, 65 185 habitants, soit 10,88 % de la population départementale alors qu'elle représente un quart de la superficie du département. Elle se compose de huit cantons. Le caractère rural de la zone est souligné par une part d'agriculteurs double (4,78 % de la population) de celle du département (2,41 %). De plus, ce pays accueille moins de cadres (2,83 % contre 4,42 %), de professions intermédiaires (8,50 % contre 10,87 %) et d'employés (14,95 % contre 16,89 %) que le reste de la Charente-Maritime.



Pays des Vals de Saintonge

Cantons de la délégation territoriale des Vals de Saintonge



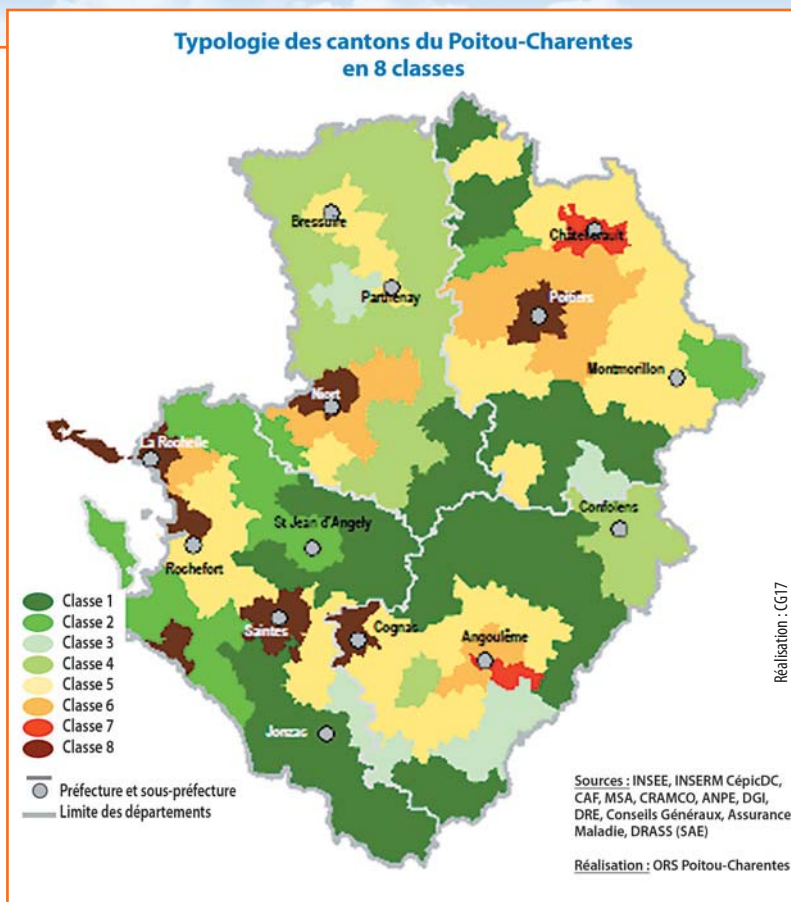
La délégation territoriale des Vals de Saintonge compte 51 682 habitants au recensement de l'année 2006, soit 8,63 % de la population départementale, pour 21 % de la superficie du département. Elle se compose de sept cantons. Son solde naturel négatif s'explique par une population âgée (31 % de 60 ans et plus). Du fait de la structure de cette dernière et du caractère rural du pays, les agriculteurs (4,15 %), les retraités (36,93 %) et les ouvriers (16,10 %) y sont plus représentés. Il existe un contraste marqué entre la partie de l'Est, plutôt vieillissante, et celle de l'Ouest, plus dynamique.

1.4 - Un département présentant des disparités socio-économiques selon les pays

L'étude ci-dessous a été réalisée par l'Observatoire Régional de la Santé du Poitou-Charentes et a été publiée en décembre 2007.

Elle combine différents indicateurs de population, de soins, de mortalité... et permet de souligner les différents types de population des cantons de la région, donc de la Charente-Maritime.

La carte suivante permet d'avoir une première approche des différences entre les territoires qui composent la Charente-Maritime.



Cette carte permet de constater que les différentes typologies élaborées par l'Observatoire Régional de la Santé (ORS) se retrouvent presque toutes en Charente-Maritime, à l'exception des classes 4 et 7.

La **classe 1** distingue les zones rurales, âgées, peu peuplées et agricoles, avec de faibles revenus, éloignées des services d'urgences et des maternités, en surmortalité générale et prématurée (34 cantons, 13 % de la population régionale). Il s'agit de cantons situés dans une grande partie de l'espace central du Poitou-Charentes, du sud des Charentes et du nord-Vienne, le sud du pays Vals de Saintonge, le sud de la Saintonge Romane et la Haute Saintonge. Les proportions de ménages ayant de bas revenus et de foyers fiscaux non imposés sont plus importantes qu'au niveau régional, de même que la part de chômeurs de longue durée. Le pourcentage de résidences sans confort est également élevé. Les maternités et services d'urgences sont plus éloignés que la moyenne.

Enfin, la mortalité générale est légèrement supérieure à la moyenne de la région Poitou-Charentes et ces cantons sont également en situation de surmortalité prématurée (avant 65 ans) et prématurée évitable.

La **classe 2** distingue les zones à forte proportion d'employés, avec un taux de chômage élevé et en surmortalité générale et évitable (14 cantons, 8 % de la population régionale). Les cantons de cette classe se localisent dans l'ouest de la Charente-Maritime (sur le littoral, dans l'Aunis et l'ouest des Vals de Saintonge) ainsi que dans la Vienne, à Mirebeau et à La Trimouille. Ils présentent une importante proportion d'employés, un chômage élevé et un fort pourcentage de jeunes non diplômés. Ces secteurs sont en situation de surmortalité générale, ce qui est également le cas pour les décès prématurés évitables, les décès par tumeurs, notamment pour les cancers de la trachée, des bronches et du poumon, ainsi que pour les maladies de l'appareil circulatoire et les accidents de la circulation.

La **classe 3** distingue les zones rurales, agricoles et âgées, en sous-mortalité (6 cantons, 2 % de la population régionale). Ces cantons se caractérisent par une forte proportion d'agriculteurs et des taux d'équipement en logements-foyers supérieurs à la moyenne régionale. La mortalité est plutôt favorable au regard du référentiel régional, avec une sous-mortalité générale et pour la quasi-totalité des causes prises en compte dans l'analyse. Cette classe caractérise une bande à l'est de l'arrondissement de Jonzac, limitrophe avec la Charente.

La **classe 4** distingue les zones rurales avec une forte proportion d'ouvriers, une sous-mortalité pour le suicide et le cancer du poumon et une surmortalité pour les cancers de l'intestin (19 cantons, 11 % de la population régionale). Plus de 80 % des cantons de cette classe sont localisés en Deux-Sèvres, les autres étant situés en Charente (2 cantons en Charente-Limousine plus Châteauneuf-sur-Charente). **La Charente-Maritime n'est pas concernée par ces caractéristiques.** Il s'agit de secteurs à fortes proportions d'ouvriers et de bénéficiaires de l'avantage social vieillesse. En revanche, la part de la population couverte par l'API, le RMI ou la CMU complémentaire est moindre. De même, la part des familles monoparentales ou des ménages composés d'une seule personne ou de personnes âgées vivant seules est plus faible que la moyenne. En termes d'offre médico-sociale, les taux d'équipement en places d'hébergement collectif pour personnes âgées sont importants. Si le taux de chômage est faible, la part des jeunes et des femmes parmi les chômeurs est plus importante que la moyenne. Cette classe est en situation de sous-mortalité pour le suicide et le cancer du poumon mais en surmortalité pour les cancers de l'intestin.



La **classe 5** distingue les zones avec une population jeune et des revenus plutôt élevés, avec une mortalité comparable à la mortalité régionale (28 cantons, 18 % de la population régionale). Ces cantons sont situés dans la grande couronne des villes. Ils se caractérisent par une proportion d'agriculteurs moins importante qu'au niveau régional et une moindre proportion de bas revenus. La population qui y vit est moins souvent bénéficiaire de l'ASV et la proportion de personnes âgées est moins importante. En termes de santé, la situation dans ces cantons est comparable à ce qui est observé en moyenne dans les autres cantons de la région.

La **classe 6** distingue les zones péri-urbaines, avec une forte proportion de cadres et d'employés, des revenus plutôt élevés, en sous-mortalité (13 cantons, 12 % de la population régionale). Il s'agit de cantons péri-urbains ayant une proportion d'employés et de cadres élevée par rapport à la moyenne de la région. Les revenus moyens imposables sont plus élevés que dans les autres cantons malgré un taux de chômage élevé. De même, les indicateurs sociaux sont favorables : moins de bénéficiaires d'allocations sociales (RMI, AAH, API, CMUc, ASV), moins de personnes vivant seules et moins de jeunes non diplômés. Ces « bons » indicateurs socio-économiques sont complétés par la situation également favorable de l'offre de soins (temps d'accès réduits à la maternité notamment). Dans ce contexte, les indicateurs d'état de santé décrivent à leur tour une situation enviable par rapport aux autres cantons de la région : une plus faible mortalité générale, prématurée et prématurée évitable, ainsi qu'une mortalité par maladies cardio-vasculaires et de l'appareil respiratoire moins importante.

La **classe 7** distingue les zones urbaines, avec de fortes proportions de population en situation de précarité, avec une mortalité comparable à la mortalité régionale (3 cantons, 6 % de la population régionale). Sont concernés par cette classe les cantons d'Angoulême, Soyaux et Châtelleraut. **La Charente-Maritime n'est pas concernée par ces caractéristiques.** Il s'agit de secteurs à forte densité de population, caractérisés par un taux important d'allocataires de minima sociaux (RMI, API, CMUc, AAH), des proportions significatives de logements sociaux, de personnes vivant seules et de familles monoparentales. En outre, on observe un fort chômage et des revenus moyens faibles mais également une proportion plus grande de cadres. Au niveau des indicateurs de santé, la densité en infirmières libérales est moindre et le temps d'accès à la maternité est moins long qu'en moyenne dans les autres cantons. Les indicateurs de mortalité sont dans la moyenne de ce qui est observé au niveau régional.

La **classe 8** distingue les zones urbaines avec une offre libérale de soins importante, en surmortalité pour le cancer du poumon et en sous-mortalité par maladies cardio-vasculaires et de l'appareil circulatoire (10 cantons, 30 % de la population régionale). Ces cantons sont constitués des centres urbains à forte densité de population. Ils présentent des taux de bénéficiaires de minima sociaux (CMUC, RMI, API) légèrement plus élevés, plus de logements sociaux, de personnes isolées et familles monoparentales. Les indicateurs économiques montrent une réalité contrastée avec une plus forte proportion de cadres mais également d'employés et de chômeurs. Cependant, le revenu moyen est supérieur à la moyenne des autres cantons et la proportion de foyers non imposables plus faible. Les densités de dentistes et médecins généralistes sont relativement importantes et les temps d'accès à la maternité et aux urgences sont faibles. Enfin, on observe une surmortalité par cancer du poumon tandis que la mortalité par maladies cardio-vasculaires ou de l'appareil circulatoire est moindre.





La Charente-Maritime est donc un département dont la population croît relativement plus rapidement que la moyenne française et qui compte une part plus importante de personnes âgées dans sa population. Cette tendance se vérifie dans tous les secteurs du département et devrait se poursuivre selon les projections pour 2030, essentiellement du fait d'un flux migratoire positif dans ce département attractif pour les retraités, notamment dans sa zone littorale.

Néanmoins, la population du département est aussi constituée de personnes rencontrant des difficultés socio-économiques avec un taux de chômage relativement élevé et un nombre non négligeable de bénéficiaires de l'allocation de solidarité aux personnes âgées. Ainsi, le Département réalise un effort financier global plus important que ses voisins en matière d'aide sociale (toutes politiques confondues) et similaire dans le domaine de l'aide sociale aux personnes âgées.

La situation des différents pays du département est assez contrastée avec des zones plus rurales (comme la Haute Saintonge et les Vals de Saintonge) qui concentrent une part importante de personnes âgées originaires du secteur et des zones plus urbaines comme le pays Rochefortais ou le pays de La Rochelle-Ré. Ce dernier, à l'instar du pays de Royan-Marennes-Oléron, constitue un pôle d'attractivité fort pour les jeunes retraités souhaitant venir s'installer sur la partie plus littorale de la Charente-Maritime. La part des personnes âgées s'est fortement accrue dans ces deux pays entre le recensement de 1999 et celui de 2006. Enfin, les pays d'Aunis et de la Saintonge Romane sont des secteurs « mixtes » qui, bien que situés dans une zone rurale, disposent d'une proximité forte avec une zone urbaine dynamique (respectivement, La Rochelle et Saintes). La Saintonge Romane, également proche du littoral, attire aussi une population importante de jeunes retraités.

Après avoir décrit le département de façon générale en termes socio-économiques et démographiques, l'étude porte de façon plus précise sur les conditions de vie des personnes âgées, à domicile, en famille d'accueil et en établissement.

Le Schéma départemental
2011/2016 en faveur
des **personnes âgées**

→ **CHAPITRE N° 2**

Accompagnement des personnes âgées en Charente-Maritime





Cette seconde partie dresse le bilan de la prise en charge des personnes âgées en Charente-Maritime en 2009 – 2010, en la comparant avec d'autres départements et en l'étudiant au niveau infra-départemental.

L'analyse porte dans un premier temps sur l'organisation de la vie à domicile, en étudiant en particulier l'évolution des dépenses, du type de bénéficiaires et des prestations qui sont financées par l'allocation personnalisée d'autonomie (APA).

Dans ce contexte, est présenté le secteur de l'aide à domicile et notamment des services à la personne qui constituent un maillon essentiel de l'accompagnement des personnes âgées à domicile.

L'évolution de l'accompagnement en famille d'accueil est également présentée.

Puis l'étude de la vie en établissement décrit les différents modes d'hébergement existants et analyse leur développement ainsi que leur répartition dans le département, également par comparaison de la situation de la Charente-Maritime par rapport aux autres départements de la région et à ceux présentant un profil similaire. Cette analyse examine aussi les prix pratiqués par les établissements, les aides existantes (notamment l'allocation personnalisée d'autonomie en établissement) ainsi que le type de population accueillie.

Enfin, cette partie réalise un rapide état des lieux de l'offre de soins en Charente-Maritime et analyse l'organisation et la coordination de l'offre médico-sociale.

2.1 - L'organisation de la vie à domicile

a/ Un maintien à domicile essentiellement financé par le Conseil général au titre de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA)

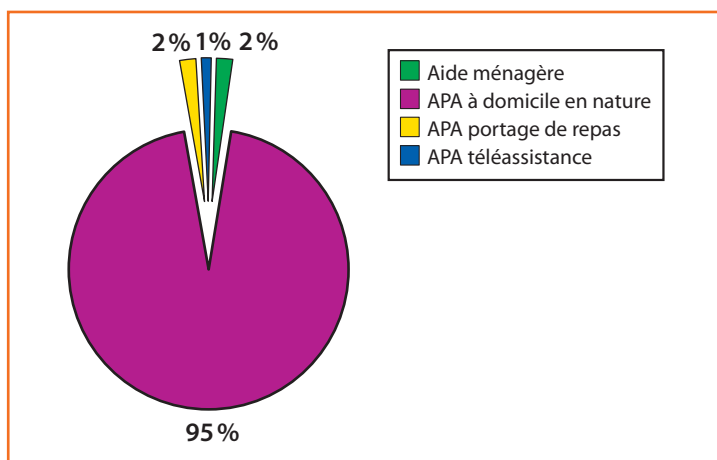
L'allocation personnalisée d'autonomie (APA) est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2002. Elle succède à la Prestation Spécifique Dépendance (PSD) qui avait été créée en 1997, mais qui, du fait de ses conditions d'attribution restrictives, n'avait pas permis de couvrir les besoins croissants de la population.

L'APA vise à compenser les dépenses (aides humaines, aides techniques, prise en charge en établissement...) engendrées par une personne de plus de 60 ans pour la prise en charge de sa perte d'autonomie, dans les actes indispensables de la vie quotidienne.

L'APA est attribuée par le Conseil général, suite à une évaluation médico-sociale des capacités de la personne âgée, qui donne lieu à l'élaboration d'un plan personnalisé de réponse à la perte d'autonomie.

L'aide ménagère est une prestation d'aide sociale départementale en nature, réservée aux personnes âgées ayant besoin d'une aide matérielle pour demeurer à leur domicile et dont la faible dépendance (niveau de Groupe Iso-Ressources - GIR – équivalent à 5 ou 6) ne leur permet pas de bénéficier de l'APA.

L'aide à domicile du Conseil général au 30 juin 2009 (en euros)



Source : CG17, Tableau de gestion de l'action sociale, 2^e trimestre 2009

L'aide à domicile des personnes âgées apportée par le Conseil général est surtout composée d'APA à domicile en nature, ce qui recouvre l'intervention d'un service prestataire employeur de personnel d'aide à domicile, dont le prix est réglé soit sur facture à terme échu au vu des heures effectuées, soit par dotation globale mensualisée, c'est-à-dire d'avance avec régularisation a posteriori, au vu de l'activité réalisée.

L'intervention du Conseil général à domicile est constituée à 98 % par l'APA :

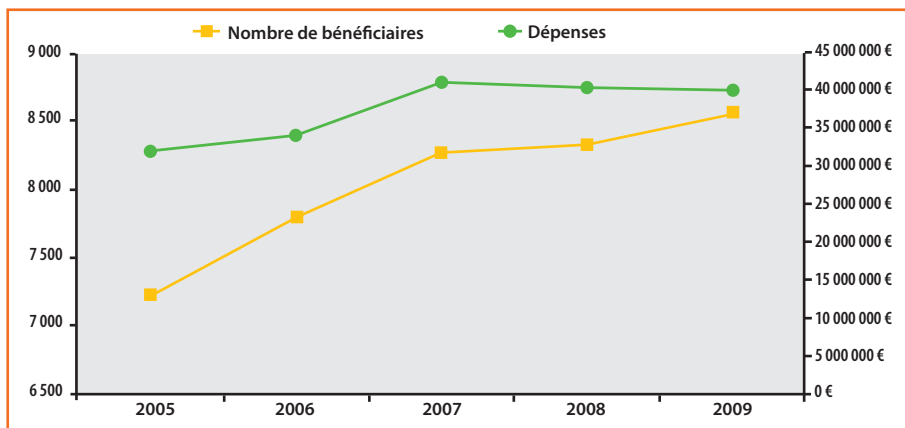
- à domicile en nature pour 95 %,
- en portage de repas pour 2 %,
- en téléassistance pour 1 %.

L'aide ménagère (pour les personnes en GIR 5 ou 6 bénéficiaires de l'aide sociale) représente 2 % des prestations financées par le Conseil général.



b/ Des dépenses d'APA à domicile qui ont continué à augmenter

Évolution comparée des bénéficiaires et des dépenses pour l'APA à domicile depuis 2005



Source : CG17

On constate une **augmentation régulière du nombre de bénéficiaires de l'APA à domicile entre 2005 et 2009**. Le fort accroissement des dépenses d'APA observé sur la période entre 2005 et 2007, s'est stabilisé depuis 2007.

Évolution de l'APA à domicile depuis 2004 (chiffres au 31 décembre)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Évolution 2004-2009
Bénéficiaires de l'APA à domicile	6 445	7 228	7 801	8 263	8 326	8 564	
Évolution des bénéficiaires de l'APA à domicile		10,36 %	7,93 %	5,92 %	0,76 %	2,86 %	32,88 %
Dépense d'APA à domicile	30 818 058 €	31 976 061 €	33 940 992 €	41 129 398 €	40 349 540 €	40 060 563 €	
Évolution des dépenses d'APA à domicile		4,35 %	6,15 %	21,18 %	-1,90 %	-0,72 %	29,99 %

Source : CG17, « PALong »

À noter : L'évolution des bénéficiaires et des dépenses est appréhendée par rapport à l'année précédente.

Le nombre d'allocataires de l'APA à domicile en Charente-Maritime a augmenté de 32,88 %, passant de 6 445 à 8 564 entre 2004 et 2009.

Quant aux **dépenses**, elles atteignent plus de **40 millions d'euros** à partir de 2007 puis elles se maintiennent au même niveau en 2008 et en 2009, ce qui représente une **augmentation de 30 %** par rapport à 2004.

L'augmentation en 2007 (7,1 millions d'euros) correspond à la mise en place du paiement des services prestataires autorisés en dotation globale, en remplacement du paiement sur factures, ce qui a augmenté le nombre de mensualités payées cette année-là. Par ailleurs, la tarification individualisée a permis de prendre en considération le prix réel des prestations servies à partir de 2007.

2.2 - Les caractéristiques des bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie à domicile

a/ Un nombre stabilisé de bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie à domicile

Évolution du nombre de bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile dans les départements par rapport à la population de 60 ans et plus en 2008

Départements	Nombre de bénéficiaires APA à domicile 2005	Nombre de bénéficiaires APA à domicile 2007	Nombre de bénéficiaires APA à domicile 2008	Part des bénéficiaires de l'APA à domicile par rapport au nombre de personnes de plus de 60 ans en 2008*	Évolution du nombre de bénéficiaires de l'APA à domicile entre 2005 et 2008*
Charente	4 972	5 216	5 089	5,38 %	2,35 %
Deux-Sèvres*	3 592	3 683	–	3,99 %	2,53 %
Vienne	4 130	4 290	4 283	4,31 %	3,70 %
Côtes-d'Armor	6 551	–	6 086	3,79 %	- 7,10 %
Charente-Maritime	7 228	8 263	8 326	4,79 %	15,19 %
Vendée	3 644	4 153	4 403	2,83 %	20,83 %
Pyrénées-Atlantiques	6 210	7 044	6 995	4,14 %	12,64 %
Moyenne	5 190	5 442	5 864	4,18 %	12,99 %

* Bénéficiaires de l'APA à domicile en 2007

Source : Annuaire Andass des données sociales et de santé 2009 et 2010

Ce tableau permet de constater que la Charente, la Charente-Maritime ainsi que la Vienne se situent au-dessus de la moyenne des départements étudiés (4,18 %) quant à la part des bénéficiaires de l'APA à domicile, parmi les personnes âgées



de 60 ans et plus. Ainsi, la Charente-Maritime en compte 4,79 %, seulement devancée par la Charente (5,38 %). Néanmoins, la part des bénéficiaires de l'APA à domicile est relativement homogène entre les départements étudiés.

La Charente-Maritime a vu **le nombre de ses bénéficiaires de l'APA à domicile augmenter de plus de 15 %** entre 2005 et 2008, soit le double de la progression moyenne des départements étudiés. La Charente, les Deux-Sèvres et la Vienne s'échelonnent entre 2,35 % et 3,70 % d'augmentation. Parmi les autres départements comparés, seule la Vendée connaît une évolution supérieure et il est à noter que les Côtes-d'Armor ont connu une baisse du nombre de bénéficiaires de l'APA à domicile.

APA à domicile en Charente-Maritime (moyenne de bénéficiaires sur l'année de 2007 à 2009)

GIR	Nombre de bénéficiaires en 2007	Nombre de bénéficiaires en 2009	Évolution (%)	Proportion par GIR en 2007	Proportion par GIR en 2009
1	217	252	16,13 %	2,70 %	3,00 %
2	1 592	1 611	1,19 %	20,10 %	19,30 %
3	1 749	1 693	-3,20 %	22,10 %	20,30 %
4	4 352	4 785	9,95 %	55,00 %	57,40 %
Total	7 910	8 341	5,45 %	100,00 %	100,00 %

Source : CG17, Bénéficiaires ASPA 2007 et 2009

À noter : les chiffres totaux du nombre de bénéficiaires de l'APA peuvent varier légèrement d'un tableau à l'autre selon que l'on se situe en moyenne annuelle ou qu'il s'agisse des données prises au 31 décembre.

Entre 2007 et 2009, on constate, en Charente-Maritime, une **augmentation du nombre de bénéficiaires de l'APA de l'ordre de 5,45 %** (de 7 910 à 8 341). Cette progression est repérée dans les différents niveaux de dépendance à l'exception du nombre des bénéficiaires classés en GIR 3 qui diminue de 3,20 %.

Les personnes en GIR 4 représentent la majorité des bénéficiaires de l'APA à domicile (de 55 % en 2007 à 57,4 % en 2009). Les GIR 2 et 3 représentent chacun environ 20 % des allocataires de l'APA à domicile. Les personnes en GIR 1 ne représentent que 3 % des allocataires de l'APA à domicile en 2009.

On remarque des évolutions différentes selon les niveaux de dépendance. S'agissant des GIR 1, l'augmentation de 16 % est à nuancer du fait du faible nombre de personnes concernées. Le GIR 4 est le niveau de dépendance correspondant à l'entrée dans l'APA. Sa part croissante est le signe d'une connaissance accrue de la prestation par la population.

Évolution du nombre de bénéficiaires de l'APA à domicile par pays entre 2007 et 2009

	2007	2008	2009	Évolution 2007-2009	Part des bénéficiaires en 2009
Pays de La Rochelle-Ré	1 229	1 217	1 201	- 2,3 %	14,0 %
Pays d'Aunis	553	591	600	+ 8,5 %	7,0 %
Pays Rochefortais	638	640	703	+ 10,2 %	8,2 %
Pays Royan-Marennes-Oléron	1 653	1 704	1 800	+ 8,9 %	21,0 %
Pays de Saintonge Romane	1 246	1 256	1 321	+ 6,0 %	15,4 %
Pays de Haute Saintonge	1 758	1 738	1 785	+ 1,5 %	20,8 %
Pays des Vals de Saintonge	1 186	1 180	1 154	- 2,7 %	13,5 %
Total	8 263	8 326	8 564	+ 3,6 %	100,0 %

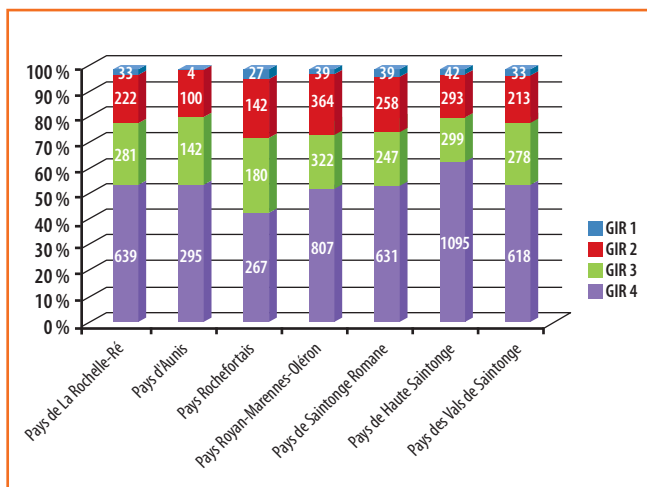
Source : CG17, « stock bénéficiaires APA par pays »

Ce tableau permet de constater que l'évolution du nombre de bénéficiaires de l'APA à domicile n'a pas été homogène par pays, entre 2007 et 2009.

En effet, le pays Rochefortais, le pays de Royan-Marennes Oléron, le pays d'Aunis et le pays de la Saintonge Romane ont vu leur nombre de bénéficiaires augmenter de façon importante (entre + 6 % et + 10 %), celui de la Haute Saintonge a connu une légère augmentation du nombre de bénéficiaires de l'APA à domicile (+ 1,5 %) et les pays de La Rochelle-Ré et des Vals de Saintonge se caractérisent par des baisses légères d'environ - 2,5 %.

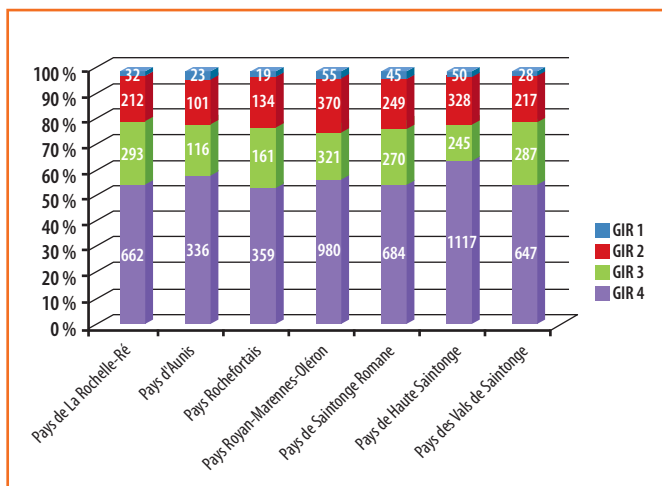


APA à domicile par GIR en pourcentage et par délégation territoriale en 2007



Les données indiquées sur les histogrammes représentent le nombre de personnes âgées par GIR.
Source : CG17, « Statistiques relatives à l'aide sociale aux personnes âgées », 2009

APA à domicile par GIR en pourcentage et par délégation territoriale en 2009



Les données indiquées sur les histogrammes représentent le nombre de personnes âgées par GIR.
Source : CG17, « Statistiques relatives à l'aide sociale aux personnes âgées », 2009

De 2007 à 2009, la Haute Saintonge reste le pays avec la plus forte part de bénéficiaires de l'APA à domicile en GIR 4 (plus de 64 % des personnes âgées bénéficiaires de l'APA à domicile). Les autres délégations territoriales se situent aux alentours de 53-54 %, à l'exception du Pays d'Aunis (58 %).

En 2009, les pays de La Rochelle-Ré et des Vals de Saintonge se distinguent par la part la plus importante de bénéficiaires de l'APA à domicile en GIR 3 (plus de 24 %) alors qu'en 2007, le pays Rochefortais comptait la part la plus importante de bénéficiaires en GIR 3 (plus de 29 %). Cette baisse s'explique par un rééquilibrage sur ce secteur du nombre de bénéficiaires évalués en GIR 4 qui était bien plus faible en 2007.

En 2009, le pays de Royan-Marennes-Oléron présente la plus grande part de bénéficiaires en GIR 2 (21,44 %), comme en 2007, bien que leur proportion ait diminué (23,76 % en 2007). Par ailleurs, mise à part la Haute Saintonge, **tous les pays connaissent une baisse de la part des bénéficiaires évalués en GIR 2.**

Enfin, en 2009, le pays d'Aunis enregistre le plus de bénéficiaires en GIR 1 (environ 4 %) alors même qu'ils ne représentaient que 0,74 % en 2007. À cette date, le pays Rochefortais se distinguait par la part la plus importante de bénéficiaires en GIR 1 (4,38 %) contre 2,82 % en 2009.

Des bénéficiaires plutôt âgés et avec de faibles ressources

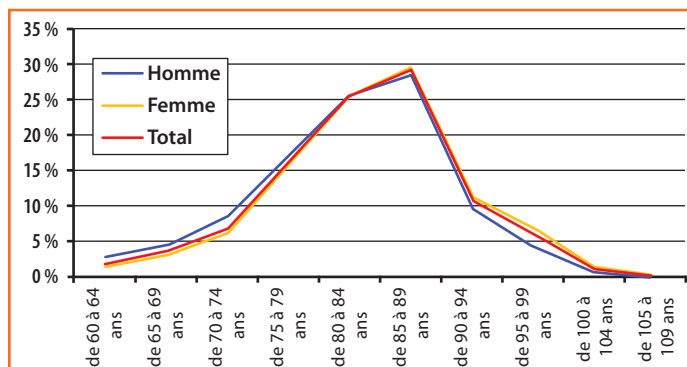
Répartition des bénéficiaires de l'APA à domicile par tranche d'âge (au 31 octobre 2009)

Tranche d'âge	Nombre total de personnes	Pourcentage
de 60 à 64 ans	145	1,73 %
de 65 à 69 ans	286	3,41 %
de 70 à 74 ans	569	6,78 %
de 75 à 79 ans	1 327	15,82 %
de 80 à 84 ans	2 128	25,36 %
de 85 à 89 ans	2 452	29,23 %
de 90 à 94 ans	902	10,75 %
de 95 à 99 ans	495	5,90 %
de 100 à 104 ans	83	0,99 %
de 105 à 109 ans	3	0,04 %
Total	8 390	100,00 %

Source : CG17



Répartition des bénéficiaires par sexe et âge



Source : CG17, « Caractéristiques des personnes bénéficiant de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie au 31 octobre 2009 »

Au 31 octobre 2009, **90 % des bénéficiaires de l'APA à domicile ont entre 73 et 92 ans et l'âge moyen est de 83 ans.**

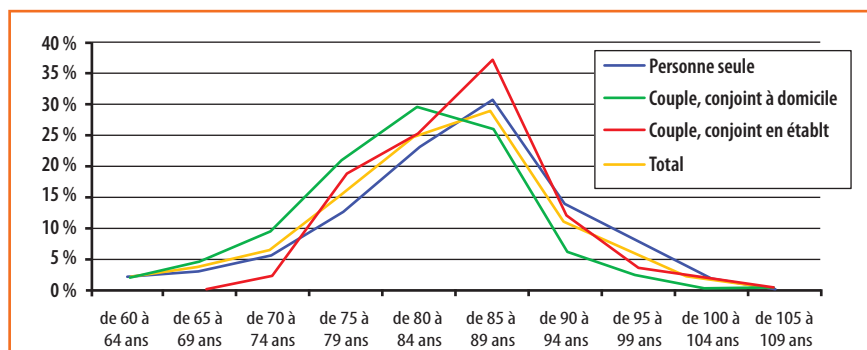
Il n'y a quasiment pas d'écart entre les hommes et les femmes bénéficiaires de l'APA à domicile quant à leur répartition par âge.

Revenus

50 % des bénéficiaires de l'APA à domicile ont un revenu mensuel compris entre 934 euros et 1 747 euros. Le revenu médian des bénéficiaires de l'APA à domicile s'élève à 1 279 euros. **Le revenu moyen est de 1 440 euros.**

Des bénéficiaires qui vivent le plus souvent seuls

Situation familiale par âge



Source : CG17, « Caractéristiques des personnes bénéficiant de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie au 31 octobre 2009 »

Quelle que soit la situation familiale, la répartition des bénéficiaires de l'APA par tranche d'âge demeure globalement similaire.

À partir de 85 ans, seule la proportion des personnes dont les deux conjoints vivent au domicile devient moindre par rapport aux autres catégories.

Sexe et composition familiale

Sexe/composition familiale	Personne seule	Couple, conjoint à domicile	Couple, conjoint en établissement	Total
Femmes	73 %	26 %	1 %	100 %
Hommes	38 %	60 %	2 %	100 %
Total	63 %	36 %	1 %	100 %

Source : CG17, « Caractéristiques des personnes bénéficiant de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie au 31 octobre 2009 »

63% des bénéficiaires vivent seuls; le tiers restant vit en couple avec le conjoint à domicile.

73 % des femmes bénéficiant de l'APA à domicile vivent seules alors que ce n'est le cas que de 38 % des hommes.

Inversement, 60 % des hommes vivent en couple avec leur conjoint à domicile, contre 27 % des femmes.

Des hommes plutôt plus dépendants que les femmes

Les femmes sont en général plus âgées que la population masculine. Cependant, la prévalence par sexe qui place les hommes à un niveau de dépendance plus élevé est bien réelle au-delà de l'effet de structure lié à l'âge. Ainsi, la dépendance des hommes est supérieure à la moyenne de 1 point pour les GIR 1 et de 3 points pour les GIR 2. Bien que moins nombreux dans les classes d'âge les plus élevées, les hommes sont globalement plus dépendants.

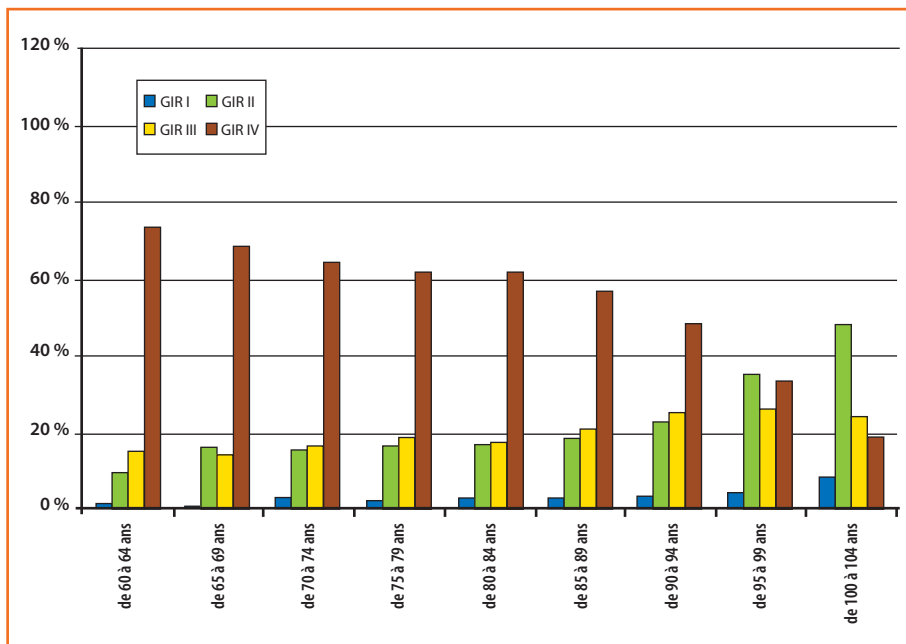
Sexe/GIR	I	II	III	IV
Femmes	4 %	22 %	20 %	54 %
Hommes	3 %	18 %	20 %	59 %
Total	3 %	19 %	20 %	58 %

Source : CG17



Des bénéficiaires de plus en plus dépendants en vieillissant

Taux de prévalence par GIR



Source : CG17, « Caractéristiques des personnes bénéficiant de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie au 31 octobre 2009 »

De façon logique, on constate une **représentation croissante des bénéficiaires en GIR I et II en fonction de l'âge**. À l'inverse, les GIR III et IV décroissent avec l'âge.

2.3 - Les prestations financées par l'allocation personnalisée d'autonomie

L'allocation personnalisée d'autonomie peut prendre en charge plusieurs types de dépenses : aides humaines, aides techniques, portage de repas, accueil en établissement...

Cette partie fait le point sur ces différents types de prestations, leur utilisation et leur évolution.

a/ Un nombre moyen d'heures d'aide à domicile attribuées par bénéficiaire en légère baisse mais plutôt plus élevé que dans d'autres départements

Comparaison des tarifs moyens horaires et du nombre moyen d'heures attribuées par bénéficiaire de l'APA à domicile en 2008

Départements	Nombre de bénéficiaires APA Domicile	Nombre d'heures attribuées pour l'APA à domicile	Tarif horaire moyen en service prestataire	Tarif horaire moyen en service mandataire	Tarif horaire moyen en emploi direct	Tarif moyen horaire	Nombre moyen d'heures attribuées par bénéficiaire de l'APA à domicile
Charente	5 089	153 699	19,47 €	–	11,16 €	15,32 €	30,20
Deux-Sèvres	–	–	–	–	–	–	–
Vienne	4 283	1 483 134	17,30 €	9,80 €	9,50 €	12,20 €	346,28
Côtes-d'Armor	6 086	1 804 407	18,90 €	–	–	18,90 €	296,48
Charente-Maritime	8 326	2 976 669	17,79 €	–	–	17,79 €	357,51
Vendée	4 403	216 756	17,19 €	12,73 €	11,57 €	13,83 €	49,23
Pyrénées-Atlantiques	6 995	–	17,14 €	12,21 €	11,04 €	13,46 €	–
Total*	28 187	6 634 665	17,97 €	11,58 €	10,82 €	15,25 €	235,38
Moyenne pondérée							

* À noter : le « total » du nombre de bénéficiaires de l'APA et du nombre d'heures attribuées est calculé hors Deux-Sèvres et Pyrénées-Atlantiques pour ne pas fausser les statistiques

Source : Annuaire Andass de données sociales et de santé 2010

La Charente-Maritime se situe dans la moyenne du tarif horaire moyen en service prestataire (17,80 € contre 17,97 €). Seules la Charente et les Côtes-d'Armor se situent au-delà de ce tarif.

Le tableau ci-dessus communiqué par l'ANDASS est repris tel quel mais il comporte des incohérences dans les chiffres de la Charente et de la Vendée. Il s'agit vraisemblablement d'un nombre d'heures mensuelles et non annuelles. **Les données CNSA 2008 publiées** dans la circulaire du 22 septembre 2009 permettent de corriger le nombre d'heures attribuées en Charente à 1 844 388 et en Vendée à 1 250 614, soit une moyenne annuelle par bénéficiaire respectivement de 362,43 et 284,04, celle du panel s'établissant à 332,04 heures.

La Charente-Maritime se situe au-dessus de la moyenne, juste derrière la Charente.



Évolution du nombre de bénéficiaires et d'heures consommées des services à domicile prestataires, autorisés et titulaires d'un agrément-qualité, de 2007 à 2009

	Nombre de bénéficiaires	Nombre d'heures consommées	Évolution du nombre d'heures consommées entre 2007 et 2009 (%)	Nombre moyen d'heures consommées par mois par bénéficiaire	Évolution du nombre d'heures attribuées par bénéficiaire entre 2007 et 2009 (%)
Total 2007	4 951	1 431 655	–	24,09	–
Total 2009	5 435	1 518 065	6,03 %	23,35	- 3,7 %

Source : CG17

Le nombre moyen d'heures consommées par mois et par bénéficiaire pour les services d'aide à domicile a connu une légère baisse (de - 3 %) entre 2007 et 2009. Il est ainsi passé de 24,09 heures en 2007 à 23,35 heures en 2009. **Le nombre total d'heures consommées a augmenté de + 6 %** sur cette même période, passant de 1 431 655 heures en 2007 à 1 518 065 heures en 2009.

b/ Une multiplicité de services d'aide à domicile de tailles disparates

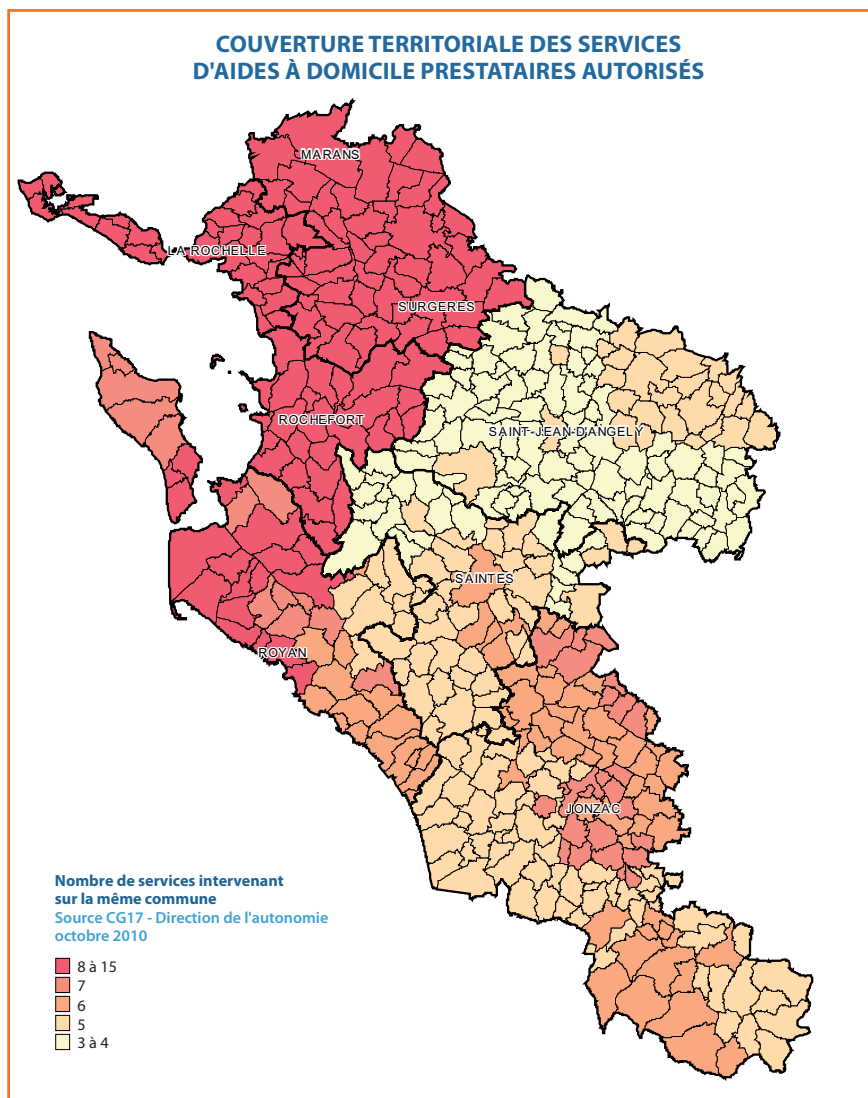
L'ensemble des services intervenant à domicile doit disposer d'un agrément délivré par le représentant de l'État (Préfet et direction départementale du travail – DIRECCTE¹ depuis 2010) pour pouvoir offrir ses services. Deux types d'agréments existent : l'agrément simple et l'agrément qualité. Cet agrément constitue une autorisation à intervenir et repose sur des critères portant essentiellement sur le respect des obligations de la structure avec le droit du travail et de la concurrence ainsi qu'avec le cahier des charges des services à la personne pour l'agrément-qualité. Ce dernier est exigé pour les services intervenant auprès des personnes âgées.

Au 1^{er} janvier 2010, 247 services d'aide à domicile sont agréés par la DIRECCTE en Charente-Maritime. Parmi ces services, 86 possèdent un agrément-qualité et 161 possèdent un agrément simple.

Sur 86 services disposant d'un agrément qualité, 80 proposent une prestation « assistance aux personnes âgées » et 77 proposent une prestation « accompagnement-promenade des personnes âgées » (ce que propose également un service ayant un agrément simple). La plupart offre ainsi les deux types d'aide.

1. Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi.

Mentionnés par le code de l'action sociale et des familles, les services d'aide à domicile sont également assujettis à une autorisation délivrée par le Président du Conseil général et font l'objet, dans ce cadre, d'un contrôle particulier sur la qualification du personnel, la continuité de la prise en charge et la qualité des réponses apportées aux besoins de la personne âgée.





Dans le cadre de l'APA à domicile, le Conseil général de la Charente-Maritime finance l'ensemble des interventions des services d'aide à domicile. Les services prestataires disposant d'une autorisation bénéficient d'une tarification individualisée, arrêtée par le Président du Conseil général. Les autres services aux personnes, titulaires du seul agrément au titre du code du travail, sont financés sur la base d'un tarif forfaitaire départemental, mais ne peuvent intervenir au titre de l'aide ménagère.

En 2009, le Conseil général de la Charente-Maritime a financé, en mode prestataire, 31 structures publiques (centres communaux d'action sociale, centres intercommunaux d'action sociale, communautés de communes, syndicats intercommunaux à vocation unique), 7 entreprises ainsi que 21 associations, dont la fédération des associations ADMR, pour intervenir au domicile des personnes âgées dans le cadre de l'APA.

Quelques chiffres

Interventions APA*

2007 (réalisé)	2008 (réalisé)	2009 (estimé)	Écart 2007-2009 (%)
1 230 859 heures	1 364 776 heures	1 464 452 heures	+ 18,98 %

Source : CG17

Interventions hors APA*

2007 (réalisé)	2008 (réalisé)	2009 (estimé)	Écart 2007-2009 (%)
756 600 heures	854 485 heures	941 256 heures	+ 24,40 %

Source : CG17

Tarifs prestataire*

	2007	2008	2009	Écart 2007-2009 (%)
AD-ED	17,32 €	17,79 €	18,21 €	+ 5,14 %
AVS	19,09 €	19,16 €	19,73 €	+ 3,35 %
APA	17,91 €	18,24 €	18,64 €	+ 4,08 %

AD-ED : tarif moyen arrêté pour l'intervention d'une aide à domicile ou d'une employée à domicile Source : CG17

AVS : tarif moyen arrêté pour l'intervention d'une auxiliaire de vie sociale

APA : tarif moyen de remboursement arrêté pour les heures servies aux bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie

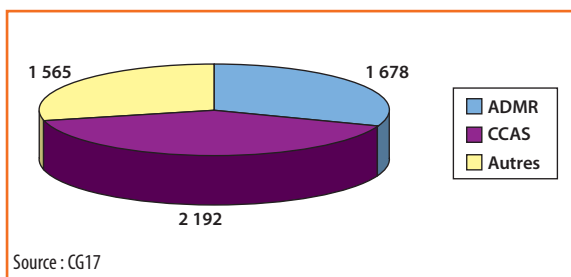
Effectifs de personnel d'intervention*

	2007 (réalisé)	2008 (réalisé)	2009 (estimé)	Écart 2007-2009 (%)
AD-ED	853,47 ETP	1 040,08 ETP	1 014,13 ETP	+ 18,82 %
AVS	415,67 ETP	514,95 ETP	575,78 ETP	+ 38,52 %
Total	1 269,14 ETP	1 555,03 ETP	1 589,91 ETP	+ 25,27 %

(*) Services prestataires autorisés en 2009, soit 17 associations et 28 structures publiques

Source : CG17

Sur les 5 435 bénéficiaires (en cumul mensuel) d'heures d'aide à domicile en 2009, la répartition entre les différents types de structures est la suivante :

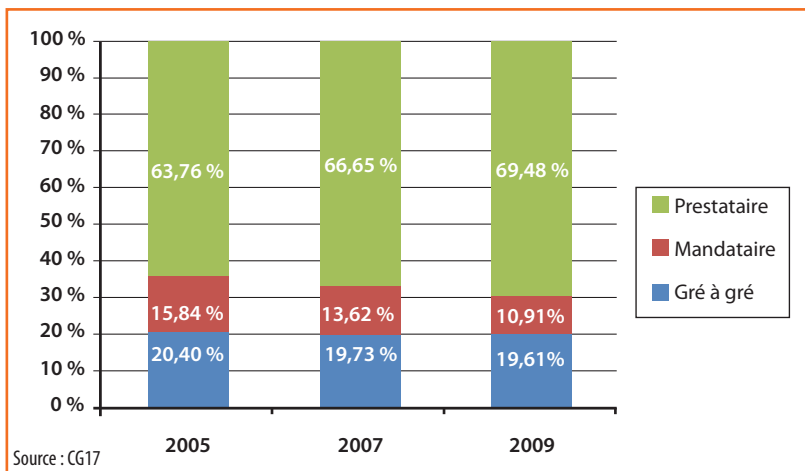


43 CCAS ont accompagné 2 192 bénéficiaires, soit en moyenne 51 bénéficiaires par mois et par CCAS.

L'ADMR a accompagné 1 678 bénéficiaires en moyenne en 2009. 53 autres services ont accompagné 1 565 bénéficiaires en moyenne sur l'ensemble de l'année ou 30 bénéficiaires par mois et par service.

On constate un fort morcellement de l'intervention des services à domicile puisque ce sont au total 96 structures ainsi que les structures de la fédération ADMR qui sont susceptibles d'intervenir en tant que service prestataire auprès des personnes âgées.

Évolution des parts respectives des services en mode prestataire, mandataire et de gré à gré dans les plans d'aide entre 2005 et 2009





La part des services en mode prestataire s'est renforcée entre 2005 (63,76 %) et 2009 (69,48 %), au détriment du mode mandataire (de 15,84 % à 10,91 %) et reste majoritaire dans les plans d'aide APA. La part du gré à gré reste stable autour de 20 %.

c/ Le portage de repas : une activité qui concerne peu de bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie à domicile mais qui se développe

Répartition par situation familiale des bénéficiaires en fonction du droit au portage de repas

Situation familiale	Portage de repas	Part dans total	Sans portage de repas	Part dans total	Nombre total de personnes
Personne seule	361	68,37 %	4 930	62,77 %	5 291
Couple, conjoint à domicile	160	30,30 %	2 839	36,15 %	2 999
Couple, conjoint en établissement	7	1,33 %	85	1,08 %	92
Total	528	100,00 %	7 854	100,00 %	8 382

Source : CG17, « Caractéristiques des personnes bénéficiant de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie au 31 octobre 2009 »

En 2009, 6% des bénéficiaires de l'APA, soit 528 personnes ont eu recours à un service de portage de repas. Plus de 60 % d'entre elles ont entre 80 et 89 ans et 68 % d'entre elles vivent seules.

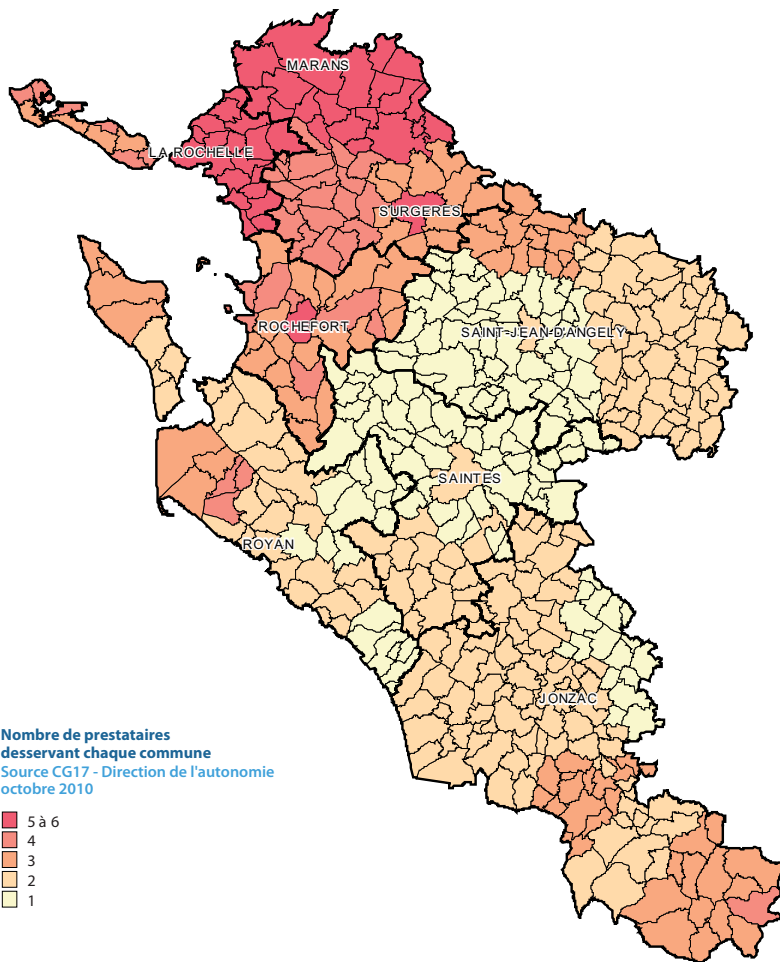
Évolution du service portage de repas en Charente-Maritime de 2004 à 2009

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Évolution 2004-2009 (%)
Nombre de services	25	25	24	24	26	27	8 %
Montant total	347 836 €	464 250 €	450 752 €	517 974 €	501 846 €	522 421 €	50,19 %

Source : CG17, Tableau de gestion de l'action sociale, 4^e trimestre 2009

Entre 2004 et 2009, le nombre de services de portage de repas reste stable, passant de **25 à 27 services**, mais les dépenses financées par le Conseil général ont augmenté de façon importante, passant de 347 836 € à 522 421 €, ce qui représente une évolution de **50,19 %**.

COUVERTURE TERRITORIALE DES SERVICES DE PORTAGE DE REPAS

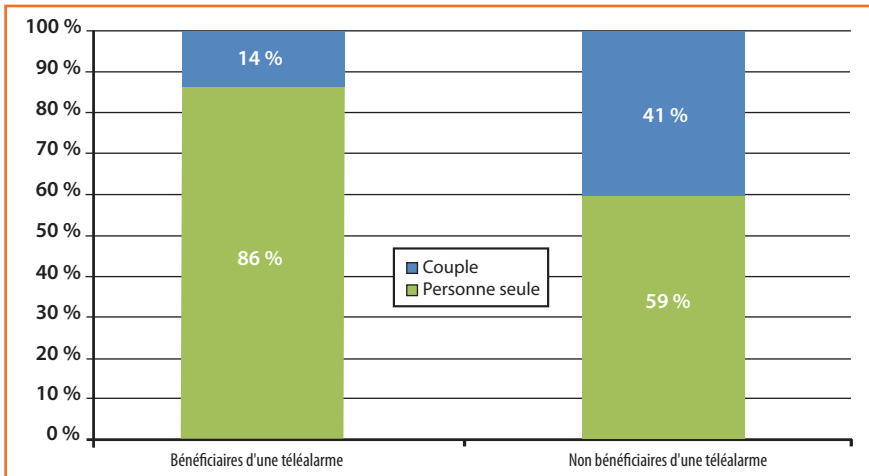




d/ La Télé-alarme : un outil encore sous-utilisé

La téléalarme est connue depuis plusieurs années mais elle ne vise qu'à répondre à des situations d'urgence.

Composition familiale en fonction du droit à la téléalarme



Source : CG17, « Caractéristiques des personnes bénéficiant de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie au 31 octobre 2009 »

15 % des bénéficiaires de l'APA ont recours à cette aide. Sur ces 1 283 personnes, 83 % sont des femmes et 86 % vivent seules. 24 % de cette population est en GIR III et 62 % en GIR IV.

Les 80-89 ans et 90-99 ans représentent respectivement 60 % et 20 % de la population ayant une téléalarme.

Évolution des structures de téléalarme en Charente-Maritime de 2004 à 2009

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Évolution 2004-2009 (%)
Nombre de services	15	14	17	18	19	20	33,30 %
Montant total consommé	348 677 €	373 465 €	369 302 €	389 804 €	367 308 €	334 395 €	- 4,10 %

Source : CG17, Tableau de gestion de l'action sociale, 4^e trimestre 2009

Entre 2004 et 2009, le nombre des structures de téléalarme est passé de 15 à 20 services, ce qui représente une augmentation de 33,3 %, mais cette

évolution ne s'est pas traduite par un développement de cette activité en direction des bénéficiaires d'APA.

En effet, si les dépenses ont augmenté entre 2004 et 2007, de 348 677 € à 389 804 €, depuis cette date, elles ont diminué, atteignant 334 395 € en 2009. Ainsi, entre 2004 et 2009, le montant de cette aide a baissé de 4,1 %.

Ces chiffres sont révélateurs des arbitrages que réalisent les personnes âgées au sein des prestations financées par le plan d'aide APA qui les amènent à privilégier l'aide à domicile en nature de préférence aux autres types d'intervention.

Les services de téléassistance, plus récents, sont plus complets et proposent un outil global permettant de déclencher une intervention en cas d'urgence et de lutter contre la solitude des personnes âgées à domicile puisqu'elles bénéficient d'appels fréquents et, selon les services, de visites régulières de convivialité réalisées le plus souvent par des bénévoles. Ces visites permettent également de faire de la prévention, par exemple contre les chutes.

Le Conseil général souhaite promouvoir l'accès aux services de téléassistance. Les modalités de ce développement ont été notamment traitées en 2010 par la renégociation de la convention relative à l'intervention auprès des bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) dans le cadre d'une prestation de téléassistance.

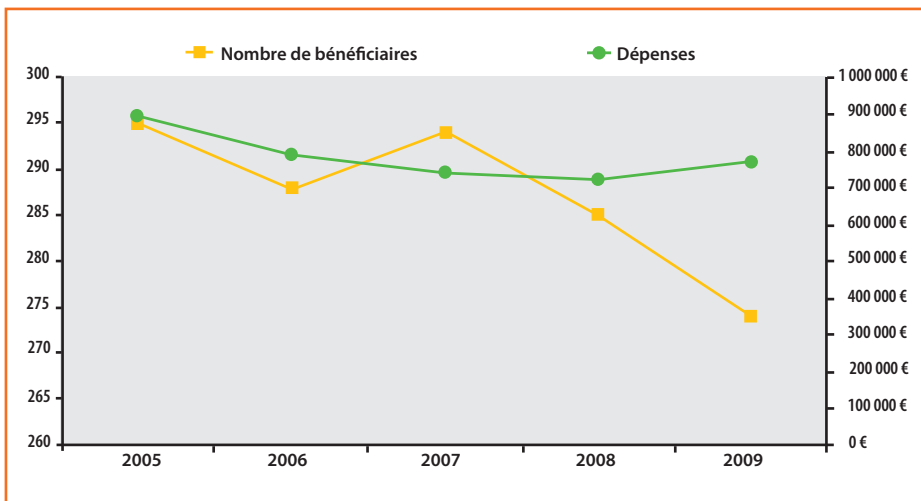
Sont notamment mieux définies les missions de ce type de service, au-delà de la seule gestion de la télé-alarme, ainsi que les critères relatifs au matériel fourni par le prestataire afin que l'intervention propose un accompagnement et un suivi beaucoup plus étayés de la personne âgée.





e/ Une diminution des dépenses d'aide ménagère

Évolution comparée du nombre de bénéficiaires et des dépenses pour l'aide ménagère depuis 2005



Source : CG17

Entre 2004 et 2009, le nombre de bénéficiaires de l'aide ménagère a diminué de 19,65 %, passant de 341 à 274.

Évolution de l'aide ménagère depuis 2004

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Évolution 2004-2009
Bénéficiaires de l'aide ménagère	341	295	288	294	285	274	
Évolution des bénéficiaires de l'aide ménagère	- 7,34 %	- 13,49 %	- 2,37 %	2,08 %	- 3,06 %	- 3,86 %	- 19,65 %
Dépenses d'aide ménagère	828 334 €	894 607 €	789 439 €	742 134 €	722 040 €	799 391 €	
Évolution des dépenses d'aide ménagère	- 5,07 %	8,00 %	- 11,76 %	- 5,99 %	- 2,71 %	10,71 %	- 3,49 %

Source : CG17

Les dépenses d'aide ménagère ont également diminué de 3,5 %, passant de plus de 828 000 € en 2004 à environ 799 391 € en 2009. L'année 2009 présente

une légère inversion de la tendance à la baisse constatée de façon régulière depuis 2005.

Depuis 1985 environ, on constate une diminution continue du nombre de bénéficiaires de cette aide, en raison principalement de l'élévation du niveau de vie des personnes âgées. Néanmoins, en 2002, **la mise en œuvre de l'APA a fortement accentué la diminution** puisqu'elle atteint - 20 % par rapport à 2001. L'APA, en effet, ouvre des droits à un public plus large, en particulier aux personnes classées en GIR 4. Une partie des personnes prises en charge par l'aide ménagère départementale a ainsi pu prétendre à la nouvelle allocation. Il en est de même des personnes bénéficiant d'une aide ménagère assurée par les caisses de retraite.

Le nombre de bénéficiaires de l'aide ménagère versée par la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse a également diminué, alors que celle-ci avait envisagé lors de la création de l'APA de reporter son effort vers les retraités non dépendants, à titre préventif.

f/ Les autres prestations à destination des personnes âgées

La Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail (CARSAT ex-CRAMCO)

La CARSAT finance avant tout des actions de prévention dont les cibles privilégiées sont les personnes en GIR 5 et 6 (qui ne peuvent donc pas prétendre à l'APA), de plus de 65 ans et fragilisées (isolement géographique ou social, rupture, notamment veuvage, problèmes de santé).

Les personnes ne relevant pas de l'APA (c'est-à-dire dont l'évaluation ne correspond pas à un GIR 1 à 4) mais pouvant être aidées dans une dimension préventive sont signalées à la Caisse (notamment par le Conseil général). Les situations de ces personnes sont étudiées dans la mesure du possible par les services de la CARSAT et des plans d'aide sont proposés au cas par cas. Néanmoins, on constate une forte diminution de l'intervention de la CARSAT auprès des personnes âgées depuis l'instauration de l'APA.

La CARSAT peut également intervenir en matière d'aides à l'aménagement du logement pour les personnes ne bénéficiant pas de l'APA.

La CARSAT intervient aussi au cas par cas auprès de certains établissements ou structures de service à domicile. Elle peut financer ponctuellement des projets d'animation, de vie sociale développés en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. La caisse peut intervenir en soutien en cas de grosses difficultés pour permettre à un service d'aide à domicile de maintenir son activité. Pour autant, l'intervention de la CARSAT s'est fortement réduite depuis la mise en place de l'APA sur l'ensemble de ces champs.



Évolution des principales aides attribuées en faveur des retraités

	2007	2008	2009	Évolution	Évolution
Satisfaction clients					
Taux de satisfaction global des clients de l'action sociale	91 %	91 %			
Montant et nombre de dossiers consacrés aux aides individuelles en faveur des retraités					
Nombre de dossiers instruits ARDH	130	193	175	- 9,33 %	34,62 %
Montant ARDH	78 000 €	115 800 €	113 750 €	- 1,77 %	45,83 %
Nombre de dossiers instruits Évaluations	2 227	2 373	2 167	- 8,68 %	- 2,69 %
Montant Évaluations	216 019 €	234 618 €	213 554 €	- 8,98 %	- 1,14 %
Nombre de dossiers instruits Amélioration de l'habitat	147	126	121	- 3,97 %	- 17,69 %
Montant Amélioration de l'habitat	259 789 €	214 412 €	189 607 €	- 11,57 %	- 27,02 %
Nombre de dossiers instruits Garde à domicile	196	150		- 100 %	- 100 %
Montant Garde à domicile	116 816 €	89 400 €		- 100 %	- 100 %
Nombre de dossiers PAP/Aide ménagère à domicile	2 290	2 306	2 360	2,34 %	3,06 %
Montant PAP/Aide ménagère à domicile	2 637 126 €	2 978 734 €	2 150 793 €	- 27,80 %	- 18,44 %
Aide financière pour le maintien à domicile (y compris secours)					
Nombre total de retraités bénéficiaires	2 840	2 855	2 757	- 3,43 %	- 2,92 %
Montant des aides individuelles	3 331 401 €	3 665 793 €	2 701 278 €	- 26,31 %	- 18,91 %
Opération immobilière					
Montant des crédits payés	178 939 €	357 877 €	297 573 €	- 16,85 %	66,30 %
Nombre d'établissements concernés	1	1	3	200 %	200 %

Source : CARSAT

L'aide de la CARSAT ayant le plus progressé entre 2007 et 2009 est l'Aide au Retour à Domicile après Hospitalisation (ARDH). En effet, le nombre de dossiers instruits a augmenté de + 34,62 % correspondant à une hausse de + 45,83 % du montant versé. On observe d'ailleurs que le montant total des aides versées a augmenté plus rapidement que le nombre de dossiers instruits avec un écart de près de 10 points entre 2007 et 2009.

Les aides ménagères à domicile ont connu une légère augmentation du nombre de dossiers instruits (+ 3,06 % entre 2007 et 2009) mais une baisse du montant accordé (- 18,44 % sur la même période). Les aides financières pour le maintien à domicile ont suivi une tendance comparable avec une diminution plus importante des montants versés (- 18,91 %) que du nombre de retraités bénéficiaires (- 2,92 %) entre 2007 et 2009.

L'aide de garde à domicile n'existe plus après 2008.

La Mutualité Sociale Agricole (MSA) Charente-Maritime propose également des aides et prestations individuelles pour ses ressortissants.

Des plans d'aide adaptés aux besoins des personnes, s'appuyant sur les évaluations des équipes médico-sociales du Conseil général et comprenant plusieurs aides à domiciles, sont mis en place pour les personnes en GIR 5 et 6 et pour les anciens agriculteurs.

En 2009, 187 personnes en ont bénéficié.

D'après le tableau suivant, on remarque une baisse globale de 13 % du nombre de bénéficiaires entre 2004 et 2009 (le montant payé a, quant à lui, baissé de 11 % entre ces deux dates). Cependant, cette baisse globale masque une progression du nombre de bénéficiaires d'aides ménagères en mode prestataire ainsi que du nombre de bénéficiaires de téléassistance. En revanche, le nombre de bénéficiaires d'un service de portage de repas a chuté de 70 % entre 2004 et 2009 (correspondant à une baisse de 52 % du montant payé) et le montant payé pour un recours à des employées de maison en mode mandataire a également baissé de 26 % entre ces deux mêmes dates.

Ces chiffres doivent être nuancés. En effet, le faible nombre total de bénéficiaires implique des pourcentages d'évolution élevés.

Évolution des principales aides attribuées dans le cadre des plans d'aides, par type d'aide

Année	Employées de maison (mandataires)	Aides ménagères (prestataires)		Portage de repas		Téléassistance		Total	
	Montant payé (en €)	Montant payé (en €)	Nombre bénéficiaires	Montant payé (en €)	Nombre bénéficiaires	Montant payé (en €)	Nombre bénéficiaires	Montant payé (en €)	Nombre bénéficiaires
2004	107 594,77	4 201,47	4	10 779,56	20	1 034,95	9	124 036,55	215
2005	80 109,32	1 927,81	2	8 820,50	15	1 124,25	10	92 411,88	182
2006	72 694,00	2 525,44	7	6 286,26	10	1 104,74	11	82 610,44	186
2007	102 791,06	16 105,11	23	7 717,78	10	2 241,74	18	128 855,69	224
2008	108 050,93	19 926,63	28	8 900,99	8	2 893,85	21	139 772,40	210
2009	79 622,94	23 108,81	40	5 178,85	6	2 151,42	18	110 057,02	187
Évolution 2004-2009	- 26 %	450 %	900 %	- 52 %	- 70 %	108 %	100 %	- 11 %	- 13 %

Source : MSA

L'action « Bien Vivre A Domicile » : la MSA met en place des plans d'accompagnement permettant de traverser des périodes de fragilité particulière des personnes âgées et venant en appui à un plan d'aide MSA déjà existant pour



une période de 6 mois. Il s'agit d'une action nouvelle, mise en place en 2008 et qui a concerné 16 personnes en 2009 pour un total de 2 826 €.

g/ Les aides du Conseil général en matière de logement et d'amélioration de l'habitat

Le Département a développé depuis de nombreuses années (1991) une politique d'aide au logement et à l'habitat.

Le fonds de solidarité pour le logement (FSL), dont la gestion et le financement ont été confiés au Département par l'acte II de la décentralisation, a pour objet d'apporter une aide financière aux personnes éprouvant des difficultés pour faire face aux frais d'accès à un logement, au règlement d'un impayé de loyer, d'électricité, de gaz, d'eau ou de téléphone. La population âgée, quasi-absente de ce dispositif lors de sa mise en place, y apparaît progressivement. Les demandes des personnes de plus de 60 ans émanent majoritairement de propriétaires rencontrant des difficultés à faire face à leurs charges de chauffage et confirment les besoins d'aide en matière d'amélioration des logements. Elles concernent également des aides financières ou d'accompagnement social pour un changement de logement, le précédent étant avec le temps devenu trop grand ou inadapté aux ressources ou à la perte d'autonomie.

Le Département de la Charente-Maritime apporte des financements complémentaires à ceux de l'État afin de soutenir la production de logements sociaux dans le parc public, réalisés soit par des organismes d'habitat social, soit par des collectivités. La Charente-Maritime, tout particulièrement son secteur côtier, connaît une très forte tension locative. Les personnes de plus de 65 ans représentent 8,2 % des demandes enregistrées sur le département en 2009. 24 % des locataires de l'office départemental de l'habitat, Habitat 17, ont plus de 60 ans. Cette proportion est de 33 % au sein de l'office public de l'habitat de l'agglomération de La Rochelle.

La prise en compte des conditions du maintien et de l'accès des personnes âgées à l'habitat locatif social constitue un enjeu déterminant pour cette population, à laquelle le Département est tout particulièrement attentif. Elle concerne tant l'adaptation du parc ancien que la production de nouveaux logements, sur le secteur littoral comme en zone intérieure. Il est également constaté une demande nouvelle de personnes âgées seules, décidant de vendre leur patrimoine en secteur rural pour se rapprocher des services citadins dans un petit logement fonctionnel. En 2010, un programme expérimental de l'office départemental, aidé par le Conseil général, a ainsi permis d'offrir à la location 25 logements sociaux adaptés à la perte de mobilité et proches d'un centre bourg.

Le Département apporte des aides complémentaires à celles de l'Agence nationale de l'habitat dans le secteur privé. Elles concernent le parc locatif d'une part et les logements de propriétaires sous conditions de ressources d'autre part.

S'agissant d'habitations louées, les aides du Département permettent la réhabilitation et la mise sur le marché de logements privés conventionnés, ouvrant droit aux aides au logement et à montant de loyer social. Le bailleur privé s'engage, en contrepartie de la subvention dont il est bénéficiaire, à louer pendant 12 années son logement à un ménage à faibles ressources. La commission départementale d'examen des demandes veille à la réalisation de logements adaptés à la perte de mobilité et proches des services, susceptibles de répondre au besoin de ménages âgés.

Les aides aux propriétaires-occupants sont destinées à la réalisation de travaux d'amélioration du logement : sanitaires, chauffage, toiture, huisseries, isolation... L'objectif annuel est de 60 logements aidés. Depuis 2008, 100 ménages de plus de 60 ans y ont fait appel, soit 56 % des demandes. 38 % des demandeurs ont entre 60 et 80 ans et 18 % sont âgés de plus de 80 ans. Pour 9 % d'entre eux, il s'agissait de travaux de sortie d'insalubrité rémédiable. Le Département a retenu un opérateur chargé d'aider les propriétaires au montage technique, administratif, juridique et financier du projet. Celui-ci est également chargé du règlement des entreprises. Une attention particulière est portée à la réalisation de travaux anticipant les besoins liés à la perte de mobilité et d'autonomie.

La coordination mise en place dans le cadre de ce dispositif avec les services sociaux et les services d'aide aux personnes permet la réalisation de travaux adaptés au maintien à domicile et l'accompagnement social des personnes âgées, parfois réticentes à la modification de leur habitat.

Le partenariat financier du Département et de l'ANAH, complété des aides des caisses de retraites, du CIL et de la SACICAP PROCIVIS Les prévoyants permet un équilibre financier des opérations ne laissant souvent qu'une participation très faible au propriétaire.

Aides du Département

Années	Propriétaires de 60 à 80 ans	Propriétaires de plus de 80 ans	Montants des travaux	Subventions du Département
2008	19	5	312 832 €	70 559 €
2009	26	11	565 323 €	113 242 €
2010	24	15	664 012 €	130 782 €
Total	69	31	1 542 167 €	314 533 €

Source : CG17



Exemples de montages financiers

Remplacement des ouvertures – isolation	Insalubrité rémissible – travaux de remise aux normes
Personne seule – 71 ans – ressources mensuelles : 705 €	Personne seule – 89 ans – ressources mensuelles : 835 €
Montant des travaux : 6 350 €	Montant des travaux : 51 004 €
Subvention Anah : 3 113 €	Subvention Anah : 25 369 €
Subvention Département : 2 106 €	Subvention Département : 6 500 €
Subvention CIL : 1 131 €	Subvention GDF Suez : 800 €
Pas d'apport personnel	Subvention ECO GAZ : 750 €
	Subvention APA : 2 103 €
	Subvention CIL : 3 050 €
	Prêt CIL ⁽¹⁾ : 12 400 €
	Apport personnel : 32 €
	⁽¹⁾ prêt remboursable en 72 mensualités de 177,68 €
	ouvrant droit à une allocation logement de 110,56 €,
	soit un résiduel à charge de 67,12 €.

Source : CG17

Pour les ménages dont les ressources se situent entre le plafond déterminé par le Département et celui de l'ANAH, le Département apporte au PACT de la Charente-Maritime une aide lui permettant de minorer le prix de sa prestation auprès de propriétaires dont le logement nécessite des travaux d'amélioration et d'adaptation. Cette intervention concerne quasi exclusivement des personnes âgées de plus de 60 ans, soit en moyenne 420 ménages par an.

Le maintien à domicile des personnes âgées est donc essentiellement financé par le Conseil général au titre de l'allocation personnalisée d'autonomie. Cette prestation, créée en 2002, a continué à augmenter tant en nombre de bénéficiaires qu'en volume total depuis le précédent schéma, même s'il semble que le nombre de bénéficiaires se stabilise aujourd'hui. Elle permet principalement de payer des heures d'intervention d'aides à domicile, lesquelles représentent 95 % des plans d'aide.

L'organisation du secteur de l'aide à domicile se caractérise par une multiplicité de services de tailles très diverses qu'il est nécessaire de structurer. Par ailleurs, les interventions en mode gré à gré ou mandataire posent la question du contrôle de la qualité du service rendu.

2.4 - L'organisation de l'accompagnement en accueil familial

a/ Une place importante consacrée à l'accueil familial en Charente-Maritime

Une des particularités du département de la Charente-Maritime est de proposer un mode d'accueil intermédiaire entre le maintien à domicile et le placement en établissement grâce à l'**accueil familial**.

L'agrément d'accueillant familial est délivré par le Président du Conseil général pour une durée de 5 ans. Il permet ainsi à un professionnel d'accueillir à son domicile une à trois personnes âgées de plus de 60 ans. L'accueil peut être temporaire ou permanent.

Comparaison du nombre de places en familles d'accueil et du nombre de personnes accueillies en 2008

Départements	Population de 75 ans et plus en 2008	Accueil familial			
		Nombre de places d'accueil agréées	Nombre de places d'accueil agréées pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus	Nombre de personnes âgées en famille d'accueil	Nombre de personnes âgées en famille d'accueil pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus
Charente	39 728	255	6,42	216	5,44
Deux-Sèvres	39 016	–	–	–	–
Vienne	41 591	92	2,21	82	1,97
Côtes-d'Armor	65 280	249	3,81	96	1,47
Charente-Maritime	70 448	444	6,30	429	6,09
Vendée	60 429	56	0,93	49	0,81
Pyrénées-Atlantiques	70 390	–	–	75	1,07
Total*	277 476	1 096	3,95	872	3,14

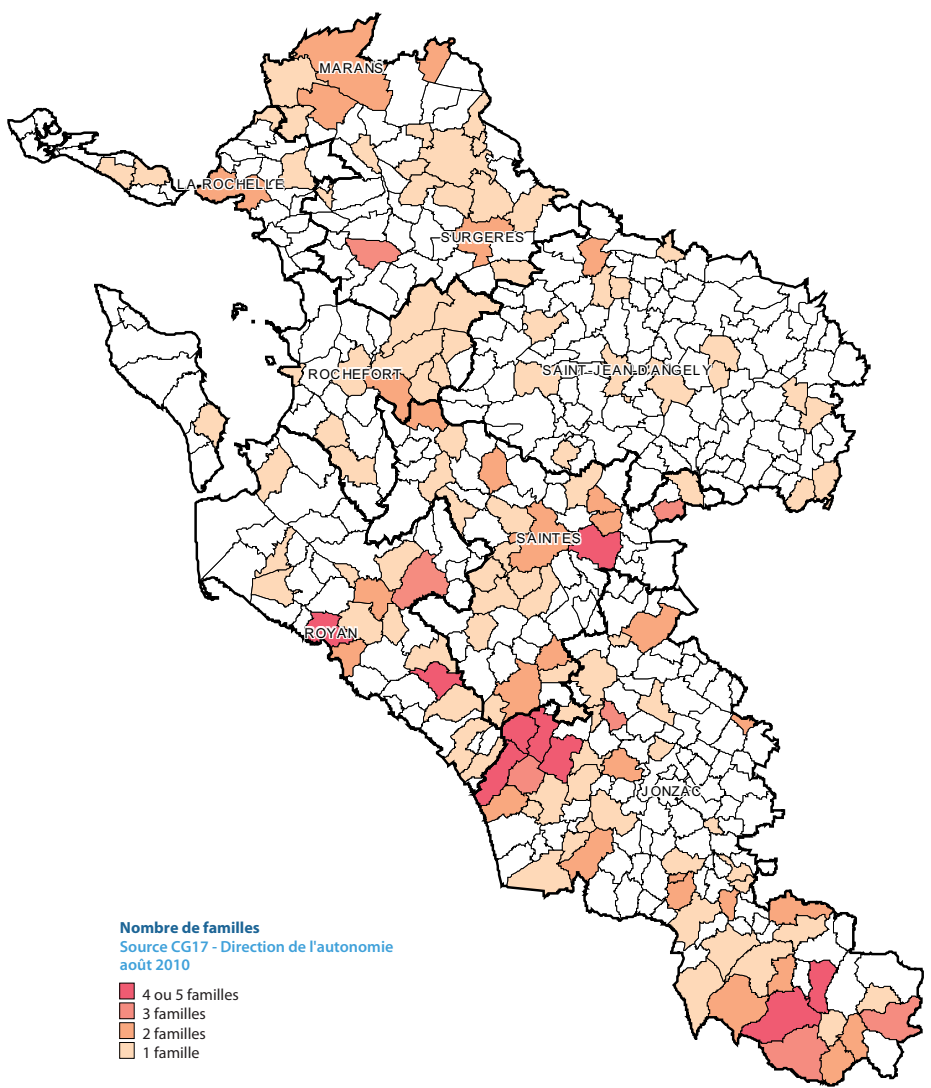
* À noter : le total est calculé hors Deux-Sèvres et Pyrénées-Atlantiques dont les données étaient manquantes.

Source : Annuaire Andass 2010 des données sociales et de santé

La Charente-Maritime compte deux fois plus de personnes âgées en accueil familial par rapport à sa population que les autres départements étudiés (61 % contre 31 %). L'écart est un peu moins important rapporté au nombre de places, mais la Charente-Maritime est, avec la Charente, le département qui compte le plus de places agréées en accueil familial avec environ 6,3 places pour 1 000 personnes âgées de plus de 75 ans.



NOMBRE DE FAMILLES AGRÉÉES POUR L'ACCUEIL DE PERSONNES ÂGÉES PAR COMMUNE



b/ Un nombre de places agréées en familles d'accueil en diminution par rapport au précédent schéma

Nombre d'accueillants familiaux par délégation territoriale de 2004 à 2009

Pays	Nombre d'accueillants familiaux						Évolution entre 2004 et 2009 (%)
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	
Pays de La Rochelle-Ré	10	8	9	9	8	8	- 20 %
Pays d'Aunis	41	40	30	40	26	28	- 31,71 %
Pays Rochefortais	18	17	14	17	13	13	- 27,78 %
Pays Royan-Marennes-Oléron	41	34	30	34	28	27	- 34,15 %
Pays de Saintonge Romane	41	41	39	41	39	38	- 7,32 %
Pays de Haute Saintonge	89	92	89	92	82	83	- 6,74 %
Pays des Vals de Saintonge	36	29	27	29	19	19	- 47,22 %
Total général	276	261	238	262	215	216	- 21,74 %

Source : CG17, Tableau de gestion de l'action sociale, 4^e trimestre 2009

Nombre de places agréées en famille d'accueil selon les délégations territoriales de 2004 à 2009

Pays	Nombre de places agréées en familles d'accueil						Évolution entre 2004 et 2009 (%)
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	
Pays de La Rochelle-Ré	14	12	11	12	10	10	- 28,57 %
Pays d'Aunis	81	80	61	80	58	60	- 25,93 %
Pays Rochefortais	36	35	29	35	28	28	- 22,22 %
Pays Royan-Marennes-Oléron	79	69	62	69	60	58	- 26,58 %
Pays de Saintonge Romane	78	78	77	78	80	80	2,56 %
Pays de Haute Saintonge	173	182	170	182	162	163	- 5,78 %
Pays des Vals de Saintonge	76	63	60	63	46	45	- 40,79 %
Total général	537	519	470	519	444	444	- 17,32 %

Source : CG17, Tableau de gestion de l'action sociale, 4^e trimestre 2009

De 2004 à 2009, le **nombre d'accueillants familiaux a diminué**, passant de 276 à 216 (- 21,74 %), comme celui du **nombre de places agréées en familles d'accueil**, de 537 à 444 (-17,32 %).



Le nombre d'accueillants familiaux décroît dans chaque pays, les baisses les plus marquées se situant dans le pays des Vals de Saintonge (- 47,22 %), le pays Royan-Marennes-Oléron (- 34,15 %) et le pays d'Aunis (- 31,71 %).

La baisse du nombre de places agréées en famille d'accueil est quasi-générale atteignant parfois plus de 40 % dans le Pays des Vals de Saintonge. Le Pays de Saintonge Romane se distingue en ce qu'il voit sa capacité d'accueil augmenter de + 2,56 %, malgré une réduction du nombre d'accueillants.

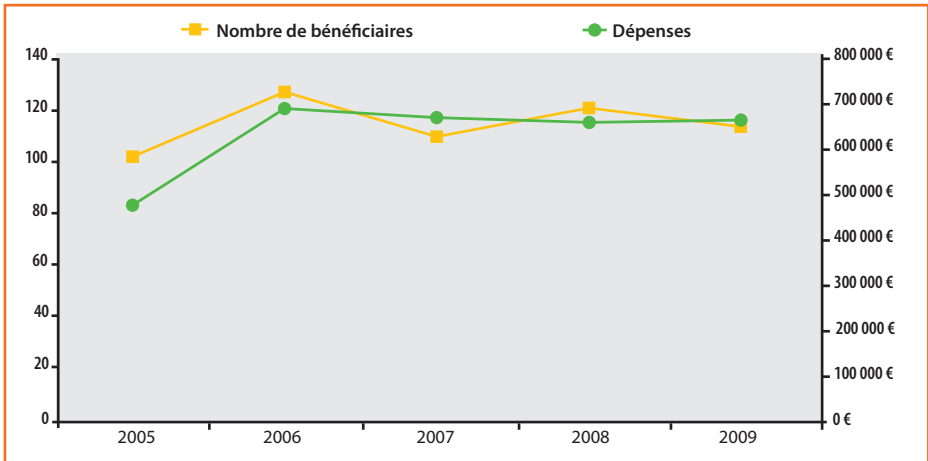
Cette diminution trouve sa source dans la politique de **contrôle et de formation** mise en œuvre par le Conseil général, visant à développer ou à améliorer la **qualité** indispensable de cette prestation, compte tenu de la dépendance et de la vulnérabilité de la population accueillie.

Certains accueillants n'ont pas souhaité entrer dans un processus de formation, du fait de leur âge. L'élévation du niveau d'exigence a conduit d'autres accueillants à ne pas pouvoir ou vouloir poursuivre cette activité.

c/ Des dépenses d'allocation de placement familial stabilisées

L'allocation de placement familial, versée par le Conseil général, est destinée aux personnes âgées hébergées en accueil familial qui ne disposent pas des ressources suffisantes pour payer leurs frais d'hébergement.

Évolution comparée du nombre de bénéficiaires et des dépenses pour l'allocation de placement familial depuis 2005



Source : CG17

Entre 2004 et 2009, le nombre de bénéficiaires de l'allocation de placement familial a augmenté de 34,12 %, passant de 85 à 114. Toutefois, entre 2006 et 2007 et entre 2008 et 2009, leur nombre a diminué.

Évolution de l'allocation de placement familial depuis 2004

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Évolution 2004 - 2009
Nombre de bénéficiaires de l'allocation de placement familial	85	102	127	110	121	114	
Évolution des bénéficiaires de l'allocation de placement familial	+ 30,77 %	+ 20,00 %	+ 24,51 %	- 13,39 %	+ 10,00 %	- 5,79 %	34,12 %
Dépenses d'allocation de placement familial	293 947 €	474 387 €	689 162 €	669 434 €	659 213 €	663 124 €	
Évolution des dépenses d'allocation de placement familial	+ 4,65 %	+ 61,39 %	+ 45,27 %	- 2,86 %	- 1,53 %	0,59 %	125,59 %
Montant moyen accordé par bénéficiaire	3 458,20 €	4 650,85 €	5 426,47 €	6 085,76 €	5 448,04 €	5 816,88 €	
Évolution du montant moyen accordé par bénéficiaire	-	+ 34,49 %	+ 16,68 %	+ 12,15 %	- 10,48 %	6,77 %	68,21 %

Source : CG17, Tableau de gestion de l'action sociale, 4^e trimestre 2009

À noter : l'évolution des bénéficiaires et des dépenses est appréhendée par rapport à l'année précédente.

Les dépenses ont augmenté de 125,6 % entre 2004 et 2009, atteignant plus de 663 000 euros en 2009, avec une stagnation depuis 2006.

Le montant accordé par bénéficiaire a fortement augmenté entre 2004 et 2009, passant de 3 458 € à 5 817 €, ce qui représente une augmentation de 68,21 %. Si l'augmentation est continue jusqu'en 2007, elle se stabilise depuis.

Cette hausse du montant moyen accordé par bénéficiaire est liée à la modification de la réglementation relative à l'accueil familial ayant notamment revalorisé, au 30 décembre 2004, la rémunération des accueillants. L'impact sur les situations individuelles a été enregistré en 2005 et 2006, en raison du délai de révision des contrats d'accueil suite à cette évolution juridique. L'allocation de placement familial vient financer la partie des charges dues à l'hébergement, l'APA couvrant la partie dépendance. Logiquement, plus la dépendance des personnes âgées en famille d'accueil est importante, moins la part de l'allocation de placement familial est forte.



La Charente-Maritime continue à accorder une place importante à l'offre de places en accueil familial (en moyenne deux fois plus que les autres départements étudiés par rapport à la population) grâce à une politique de formation et de contrôle accrue. Cette exigence de qualité a cependant pour effet une diminution du nombre de places agréées en famille d'accueil et du nombre d'accueillants familiaux.

Cette alternative demeure donc une offre intéressante tant pour les personnes âgées que pour les accueillants.



2.5 - L'organisation de la prise en charge en établissement

Suite à la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, la situation des structures d'hébergement des personnes âgées a dû être revue afin de correspondre aux caractéristiques des différents types d'établissements prévus par la nouvelle réglementation.

- L'ancien foyer-logement prend désormais l'appellation **EHPA : établissement d'hébergement pour personnes âgées**.
- Le deuxième type d'accueil correspond aux anciennes maisons de retraite qui deviennent, avec leur médicalisation, des **EHPAD = établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes**. Ces établissements doivent offrir une prise en charge de la dépendance et des soins, en hébergement permanent, en hébergement temporaire ou en accueil de jour. Elles peuvent comporter une unité d'hébergement réservée à l'accueil de personnes désorientées présentant la maladie d'Alzheimer ou des troubles apparentés. Les EHPAD ont vocation à entrer dans le processus de conventionnement tripartite entre le gestionnaire, l'État et le Département, qui permet d'améliorer la qualité de la prestation servie.
- Les **petits établissements** (capacité inférieure à 25 lits et/ou GMP inférieur à 300) ont été amenés à choisir le statut d'EHPA ou d'EHPAD. Quelques PUV : **petites unités de vie** se sont maintenues dans le département. Ces petites unités de vie, accueillant des personnes âgées dépendantes, sont médicalisées.
- Par ailleurs, il existe des **maisons de retraites spécialisées (MRS)** pour personnes handicapées vieillissantes, ayant ou non le statut d'EHPAD. Il s'agit en général de structures pour adultes handicapés qui proposent de maintenir un hébergement et un accompagnement pour les personnes handicapées au-delà de 60 ans. Les MRS médicalisées accueillent des personnes handicapées de plus de 60 ans dépendantes. La situation de cette catégorie d'établissement n'est pas traitée dans le présent schéma, mais relèvera d'une analyse dans le Schéma départemental en faveur des personnes handicapées.

Les établissements d'hébergement des personnes âgées ont un statut public, associatif (privé à but non lucratif) ou privé à but lucratif.

La transformation en EHPAD a conduit de nombreux établissements à mettre en place des démarches de professionnalisation, de médicalisation et d'amélioration de la qualité de la prise en charge, de mise aux normes des locaux. La plupart des petites structures ont été amenées à cesser leur activité, à se regrouper ou à faire évoluer leur projet d'établissement. La structuration de ce secteur est marquée par de nombreux transferts de gestion (cessions, fusions-absorptions, mises en place de directions communes). La part importante de porteurs de projet issus du secteur privé à but lucratif est caractéristique.



Le chapitre ci-dessous dresse le bilan de l'ensemble de ces évolutions tant d'un point de vue qualitatif (progrès liés à la mise en place des conventions tripartites notamment) que d'un point de vue quantitatif (évolution du nombre et du type de lits et places d'hébergement proposés sur les différents pays de la Charente-Maritime).

a/ Une amélioration générale de la qualité de la prise en charge offerte en établissement par la mise en place et le renouvellement des conventions tripartites

La mise en œuvre de la réforme de la tarification des EHPAD (décrets et arrêté du 26 avril 1999 et décret du 4 mai 2001) conduit chaque établissement à négocier et à signer une convention tripartite pour cinq ans entre le gestionnaire, le Président du Conseil général et l'autorité compétente pour arrêter le tarif soins (le Préfet de département et depuis avril 2010, le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé). Ce document, établi à partir d'un cadre national, définit l'organisation budgétaire et tarifaire de l'établissement ainsi que les conditions de fonctionnement et de prise en charge des personnes âgées. La convention précise les objectifs d'évolution et les engagements respectifs pour y parvenir, les modalités de son évaluation et la façon dont il s'inscrit dans les réseaux gérontologiques existants ou à créer.

Un suivi précis des objectifs, définis dans chacune des conventions tripartites signées et renouvelées en Charente-Maritime, et de leur réalisation est effectué depuis 2007. Des indicateurs et des critères permettent d'évaluer les actions mises en œuvre par les établissements pour améliorer leur qualité globale de prise en charge.

Environ 150 critères sont ainsi suivis autour de trois grands thèmes :

1. Améliorer l'admission et l'accueil des futurs résidents
2. Adapter les locaux en matière de confort et d'accessibilité
3. Assurer une qualité de vie au quotidien

En ce qui concerne le thème « Améliorer l'admission et l'accueil des futurs résidents », des progrès très importants ont été réalisés puisque près des deux tiers des établissements ont atteint ou partiellement atteint l'ensemble des critères de ce thème, à l'exception du critère relatif à la mise en place et à l'évaluation périodique d'un projet de vie personnalisé. Sur ce dernier point, des améliorations seraient à apporter puisque 44 % des établissements n'ont pas encore traité cet aspect (à noter : ce pourcentage est un peu plus faible dans les établissements privés lucratifs que dans les établissements privés associatifs et publics). Inversement, plus des deux tiers des établissements ont fait le nécessaire afin de mettre en place un dossier médical d'admission, de prendre l'avis du médecin coordonnateur, d'informer les résidents et leur entourage sur les tarifs en vigueur et les procédures en cas de protection juridique. Enfin, près de 90 % des établissements ont mis en place (ou partiellement mis en place) les outils prévus pour garantir les droits des usagers et notamment le protocole d'accueil, le livret d'accueil, le contrat de séjour et le règlement de fonctionnement.

Concernant la sécurité et le confort des locaux, l'ensemble des établissements faisant l'objet d'un renouvellement de leur convention tripartite a obtenu un avis favorable de la commission de sécurité (3 étaient en cours au moment de la visite) et environ les trois-quarts des établissements ont procédé à des aménagements afin d'adapter leurs locaux en matière de confort et d'accessibilité, d'aménager des lieux de vie conviviaux, de créer des jardins ou des espaces de déambulation, d'offrir des chambres de superficie suffisante conformément au cahier des charges des EHPAD, d'équiper les chambres en matériel adapté et de favoriser la personnalisation des chambres par les résidents. Au moment du renouvellement de leur convention, 60 % des établissements ne respectaient pas encore le critère d'un maximum de 10 % du nombre de chambres à 2 lits (en particulier dans le secteur public). 38 % des établissements n'avaient pas encore réalisé les aménagements nécessaires afin de rendre accessibles les salles de toilettes privatives (à noter : les établissements



privés associatifs ne sont que 17 % à n'avoir pas encore traité cet aspect. Ce taux est lié aussi au caractère récent de certains de ces établissements, en plus faible nombre).

Les dispositifs et les instances garantissant le respect des droits des usagers ont été globalement mis en place (charte des droits et libertés de la personne âgée, conseil de la vie sociale et projet d'établissement) dans environ 85 % des établissements.

L'organisation de la vie quotidienne préconisée par le cahier des charges des EHPAD n'est pas encore totalement respectée. Les horaires des repas ont été revus et adaptés (souvent en partie) dans 90 % des établissements, même si l'amplitude horaire entre le dîner et le petit-déjeuner reste supérieure à 12 heures dans 81 % des établissements (surtout dans le secteur public et privé lucratif, puisque ce n'est le cas que dans 57 % des établissements du secteur privé associatif).

Les critères concernant la restauration (conditions d'élaboration des menus, organisation du service, association des résidents à la commission des menus) sont respectés dans près de 90 % des établissements.

En ce qui concerne l'hygiène, le ménage et le traitement du linge, les critères sont également respectés par la quasi-totalité des établissements. Cependant, 39 % des établissements ne disposent pas d'une lingerie respectant les normes pour ce type d'équipement technique. Par ailleurs, 25 % des établissements doivent accorder une vigilance plus importante dans la qualité du traitement du linge des résidents (vêtements égarés, échangés, traités sans précaution...).

Des animations sont proposées aux résidents dans près de 90 % des établissements avec des ateliers adaptés, des activités variées, des interventions externes. Cependant, si un programme d'animation est le plus généralement formalisé, 65 % des structures n'ont pas élaboré un réel projet d'animation, partie intégrante du projet d'établissement. 53 % des EHPAD n'ont pas recruté d'animateur qualifié. Seule la moitié des établissements travaillent avec des associations ou des bénévoles.

De nombreux établissements ont engagé des actions de gestion des dysfonctionnements et de lutte contre la maltraitance mais des progrès sont encore à réaliser dans ce domaine puisque 75 % des établissements n'ont pas de procédure formalisée de gestion des plaintes et que 35 % n'ont pas mis en place de mesure d'identification et de correction des attitudes maltraitantes (protocoles, formations...).

Près de 75 % des établissements ont mis en place des actions de formation et de soutien au personnel. De la même façon, 75 % ont mis en œuvre des actions permettant d'individualiser les soins proposés aux résidents. La mise en place de protocoles de soins demeure à développer. Enfin, même si de nombreux progrès ont été réalisés dans l'accompagnement des personnes atteintes de maladies neuro-dégénératives, près de 45 % des établissements n'ont pas encore élaboré de projet de prise en charge adaptée à ces résidents. De même, environ 30 % des établissements n'ont pas encore travaillé sur la fin de vie.

Enfin, des partenariats ont été négociés avec les centres hospitaliers, des équipes de soins palliatifs et les réseaux gérontologiques dans près de 90 % des établissements. L'accent doit être porté sur la signature de conventions avec les centres locaux d'information et de coordination ainsi qu'avec le secteur psychiatrique, puisque 25 % des établissements n'ont pas encore formalisé de partenariat avec ces organismes.

Dans l'ensemble, les évaluations montrent que les principales actions prévues par le cahier des charges des EHPAD et par les dispositions du code de l'action sociale et des familles, ainsi qu'un grand nombre d'actions de professionnalisation, de médicalisation et d'amélioration globale de la qualité de prise en charge des résidents ont été mises en place.

En revanche, la formalisation d'un réel projet d'établissement fondé sur des projets de vie, de soins et d'animation doit être poursuivie. L'élaboration des projets personnalisés constitue également un objectif général des conventions tripartites de deuxième génération.



b/ Une augmentation globale du nombre de lits et places en établissement et notamment en EHPAD...

Évolution du nombre de lits et places autorisés en structures d'hébergement pour personnes âgées de 2004 au 1^{er} avril 2010

Pays	E.H.P.A.D.			E.H.P.A.			Accueillants familiaux			Autres	Total Charente-Maritime		
	Capacité 2004	Capacité 2010	Évolution (%)	Capacité 2004	Capacité 2010	Évolution (%)	Capacité 2004	Capacité 2010	Évolution (%)	Capacité 2010	Capacité 2004	Capacité 2010	Évolution (%)
Pays de La Rochelle-Ré	1 595	1 773	11,16 %	376	498	32,45 %	14	9	-35,71 %	31	1 985	2 311	16,42 %
Pays d'Aunis	580	874	50,69 %	182	74	-59,34 %	81	57	-29,63 %	14	843	1 019	20,88 %
Pays Rochefortais	718	874	21,73 %	41	74	80,49 %	36	25	-30,56 %	8	795	981	23,40 %
Pays Royan-Marennes-Oléron	1 667	2 180	30,77 %	429	313	-27,04 %	79	56	-29,11 %	36	2 175	2 585	18,85 %
Pays de la Saintonge Romane	764	897	17,41 %	185	38	-79,46 %	78	79	1,28 %	66	1 027	1 080	5,16 %
Pays de la Haute Saintonge	634	870	37,22 %	194	72	-62,89 %	173	166	-4,05 %	44	1 001	1 152	15,08 %
Pays des Vals de Saintonge	568	729	28,35 %	168	175	4,17 %	76	45	-40,79 %	3	812	952	17,24 %
Total	6 526	8 197	25,61 %	1 575	1 244	-21,02 %	537	437	-18,62 %	202	8 638	10 080	16,69 %

Source : CG17, « Statistiques départementales des Établissements accueillant des personnes âgées »

À noter « autres » correspond aux petites unités de vie (PUV) et aux maisons de retraites spécialisées non EHPAD pour personnes handicapées vieillissantes (MRS)

La Charente-Maritime dispose au 1^{er} avril 2010 de **10 080 lits et places autorisées en structures d'hébergement pour personnes âgées**, réparties de la façon suivante : **81,32 % en EHPAD, 12,34 % en EHPA, 4,34 % en accueil familial et 2 % en Petite Unité de Vie (PUV) et Maison de Retraite Spécialisée (MRS). Un tiers de ces places est habilité à l'aide sociale.**

Entre 2004 et le 1^{er} avril 2010, le nombre de lits autorisés en EHPAD a augmenté de 25,61 %. **Tous les pays ont connu une évolution positive**, les plus marquantes valant pour les pays d'Aunis (+ 50,68 %), de la Haute Saintonge (+ 37,22 %) et de Royan-Marennes-Oléron (+ 30,77 %).



Quant aux EHPA, leur nombre de lits a diminué de 21,02 %, passant de 1 575 à 1 244 lits. Au niveau infra-départemental, la situation est hétérogène puisque les pays de La Rochelle Ré, Rochefortais et des Vals de Saintonge ont vu leur nombre de lits augmenter, de 4,17 % jusqu'à 80,49 %. Ces ratios concernent généralement un faible nombre de structures.

Cet équipement est complété par les Unités de Soins de Longue Durée (USLD).

Dans le cadre de la réforme de la tarification des Établissements d'Hébergement des Personnes Âgées Dépendantes (E.H.P.A.D.), il était prévu le transfert des Unités de Soins de Longue Durée (U.S.L.D.) vers le secteur médico-social.

Ainsi, plusieurs établissements (centres hospitaliers (CH) de Jonzac et Saint-Jean-d'Angély, hôpitaux locaux de Saint-Pierre d'Oléron et de Saint-Martin de Ré) ont transformé les lits d'U.S.L.D. en E.H.P.A.D.

La loi du 19 décembre 2005 de financement de la Sécurité Sociale a réintégré des U.S.L.D. au sein de l'enveloppe sanitaire.

Les U.S.L.D. ont été redéfinies pour être réservées aux personnes âgées nécessitant un suivi médical rapproché, des actes médicaux itératifs, une permanence infirmière continue et l'accès à un plateau technique minimum.

La capacité des U.S.L.D. de la Charente-Maritime est de **237 lits** répartis comme suit :

- CH de La Rochelle : 92 lits
- C.H. de Rochefort : 50 lits
- C.H. de Saintonge : 45 lits
- C.H. de Royan : 50 lits

Le volet du schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) « personnes âgées » partie « soins de longue durée » prévoit quatre sites d'implantation pour le territoire de santé sud et est.

En effet, avec un objectif national de 6 lits pour 1 000 habitants de 75 ans, le département de Charente-Maritime apparaît largement sous-doté.

Ainsi, l'annexe du S.R.O.S. prévoit la création de deux unités (C.H. de Jonzac et C.H. de Saint-Jean-d'Angély), sachant que la taille minimale d'une unité de soins de longue durée est d'environ 30 lits.

c/ ...Mais un ratio de lits et places par rapport aux personnes âgées de plus de 75 ans qui demeure inférieur à celui d'autres départements

Comparaison du nombre de lits autorisés en EHPAD par rapport à la population de plus de 75 ans au 31/12/2009

	Nombre de lits d'EHPAD autorisés au 31/12/2009	Taux d'équipement (en ‰)
Charente	4 583	115,4
Charente-Maritime	7 979	113,3
Deux-Sèvres	5 546	142,1
Vienne	5 314	127,8
Région	23 422	122,8

Source : Données ARS

Ce tableau souligne que le taux d'équipement en lits d'EHPAD de la Charente-Maritime demeure plus faible que celui des autres départements de la région au 31 décembre 2009.

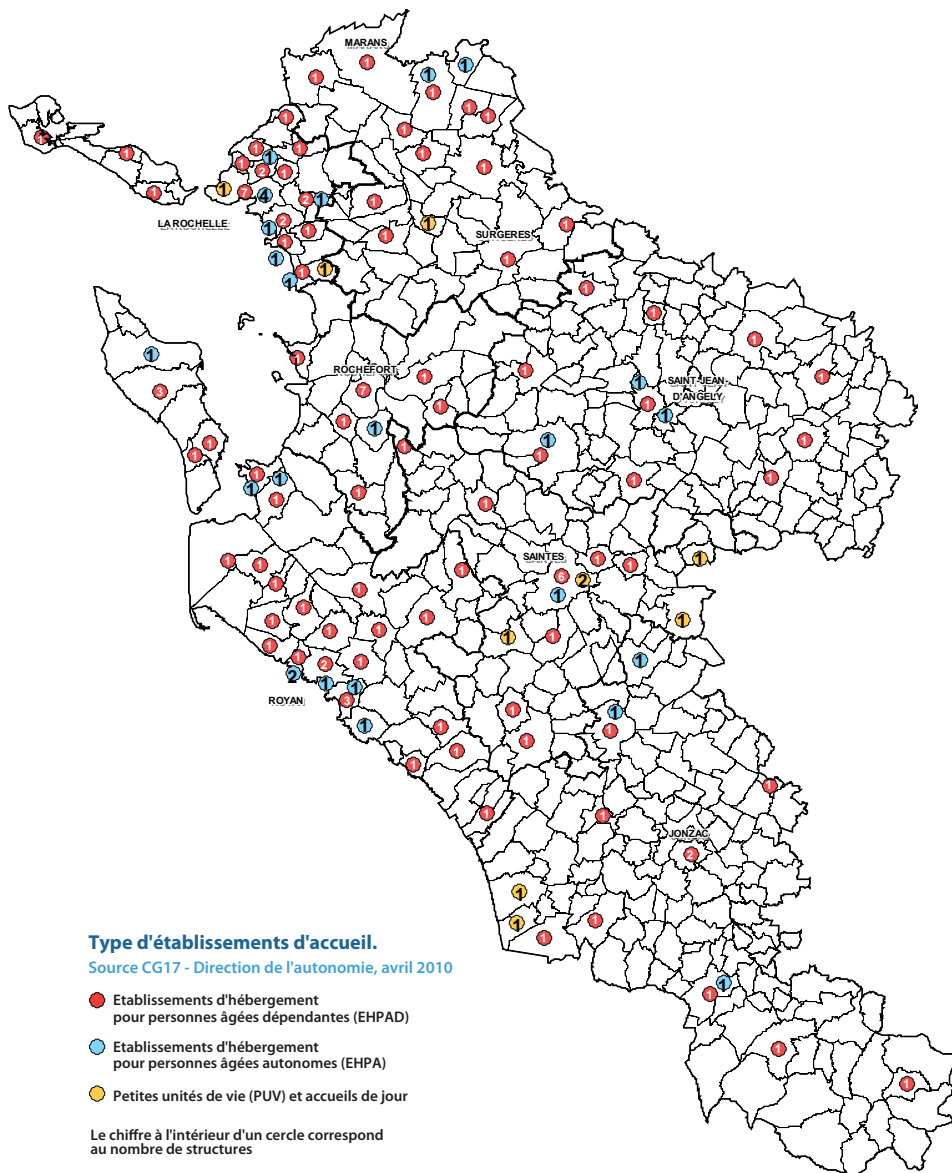
Pour arriver au taux moyen régional, la Charente-Maritime aurait un déficit de 672 lits compensé par l'autorisation prochaine de 297 lits (solde en attente de financement) ainsi que par les places d'accueil familial.

Il est à noter que, si l'ensemble des lits autorisés et financés sont installés à l'horizon 2012-2013, le taux d'équipement de la Charente-Maritime s'élèvera à 122,18 lits pour 1 000 personnes âgées de plus de 75 ans, soit l'équivalent du taux d'équipement régional.

Les cartes suivantes permettent de comparer, par canton et délégations territoriales, la densité des personnes âgées de plus de 75 ans, le taux d'équipement en EHPAD et en places d'accueil familial.



NOMBRE D'ÉTABLISSEMENTS D'ACCUEIL POUR PERSONNES ÂGÉES



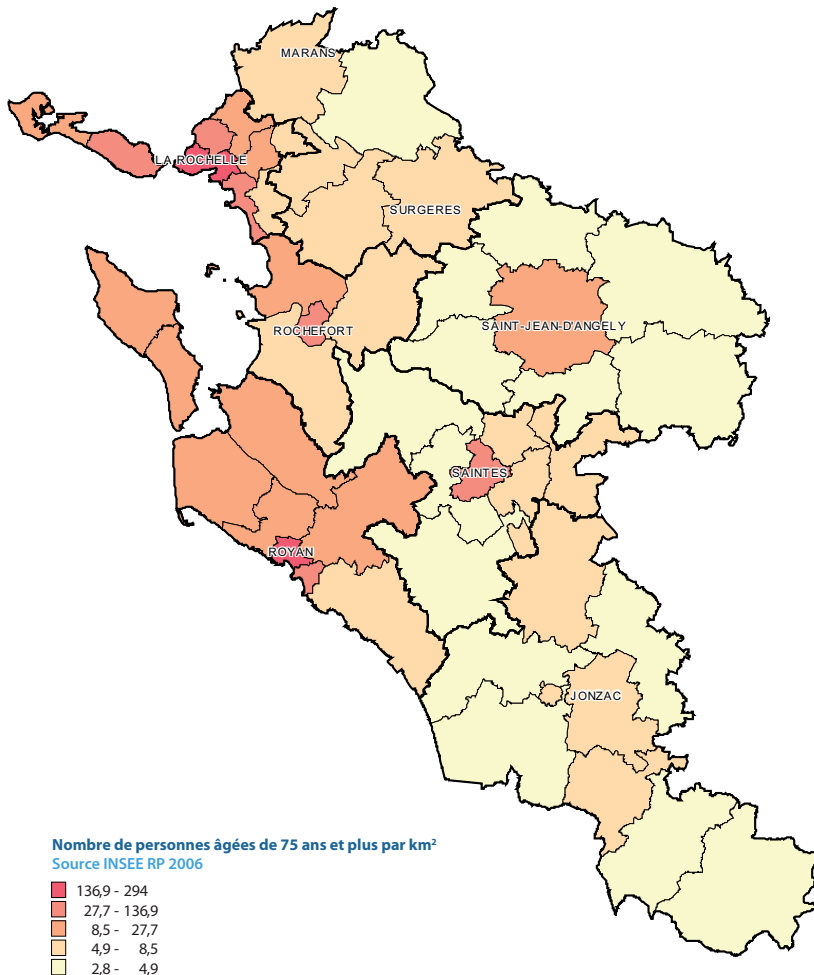
Type d'établissements d'accueil.

Source CG17 - Direction de l'autonomie, avril 2010

- Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)
- Etablissements d'hébergement pour personnes âgées autonomes (EHPA)
- Petites unités de vie (PUV) et accueils de jour

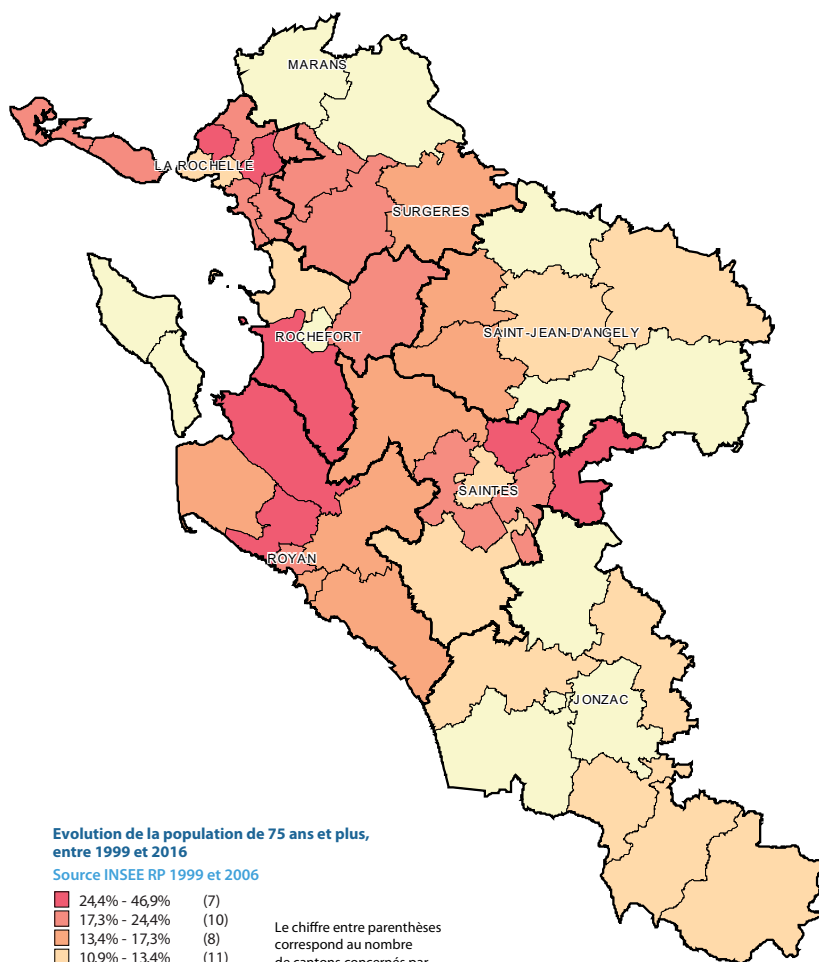
Le chiffre à l'intérieur d'un cercle correspond au nombre de structures

DENSITÉ DE PERSONNES ÂGÉES DE 75 ANS ET PLUS PAR CANTON

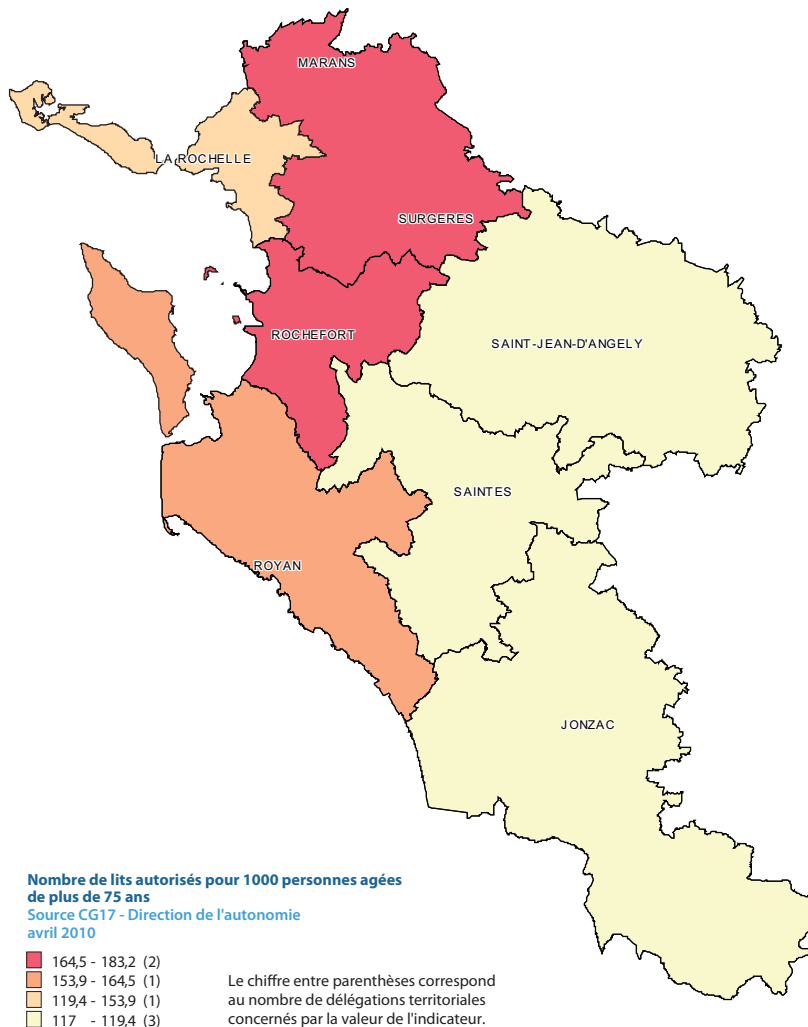




ÉVOLUTION DU NOMBRE DE PERSONNES ÂGÉES DE 75 ANS ET PLUS, ENTRE 1999 ET 2006, PAR CANTON

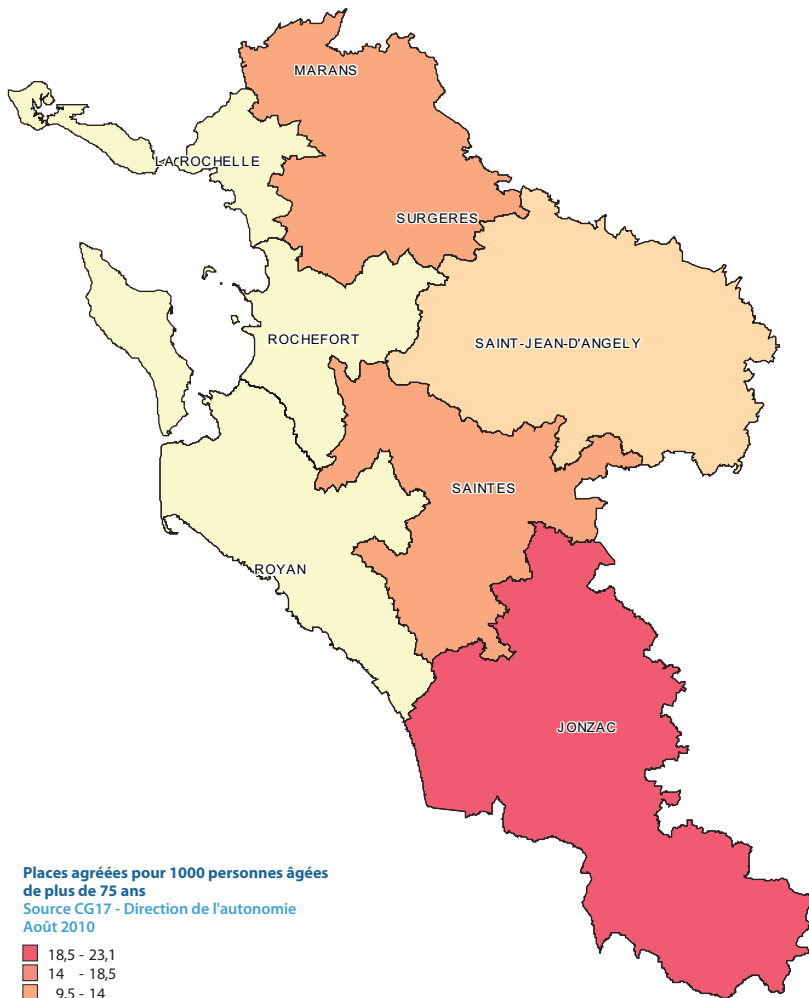


**TAUX D'ÉQUIPEMENT EN ÉTABLISSEMENTS D'HÉBERGEMENT
POUR PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES
PAR DÉLÉGATION TERRITORIALE**





TAUX D'ÉQUIPEMENT EN ACCUEIL FAMILIAL POUR PERSONNES ÂGÉES PAR DÉLÉGATION TERRITORIALE



Places agréées pour 1000 personnes âgées de plus de 75 ans

Source CG17 - Direction de l'autonomie
Août 2010

- 18,5 - 23,1
- 14 - 18,5
- 9,5 - 14
- 5 - 9,5
- 0,5 - 5

Le tableau suivant² montre que ce constat d'un taux d'équipement inférieur se retrouve également lorsque l'on compare la Charente-Maritime avec d'autres départements, hors région Poitou-Charentes.

Comparaison avec d'autres départements, du nombre de lits et places en établissement par rapport à la population en 2008

Départements	75 ans et plus en 2008	Établissements d'hébergement									Places en PUV pour 1 000 PA de + de 75 ans
		Nombre de places									
		Nombre total de places	Nombre de places pour 1 000 personnes âgées de + de 75 ans	Dont							
				Habilités Aide sociale	Places habilités pour 1 000 PA de + de 75 ans	Convent. EHPAD	Places convent. EHPAD pour 1 000 PA de + de 75 ans	Foyers logements	Places en FL pour 1 000 PA de + de 75 ans	Petites unités de vie	
Côtes-d'Armor	65 280	9 663	148,02	8 355	127,99	8 837	135,37	678	10,39	289	4,43
Charente-Maritime	70 448	9 421	133,73	3 304	46,90	7 864	111,63	1 277	18,13	280	3,97
Vendée	60 429	10 537	174,37	9 623	159,24	9 587	158,65	190	3,14	317	5,25
Pyrénées-Atlantiques	70 390	7 917	112,47	5 831	82,84	6 914	98,22	502	7,13	501	7,12

Source : Annuaire Andass des données sociales et de santé 2010

En effectuant un rapport entre le nombre de total de lits en établissements (en 2008) et le nombre de personnes âgées de 75 ans et plus en 2008, on constate que la Charente-Maritime est l'un des départements les moins bien équipés. Ainsi, si la Charente-Maritime compte 133,7 lits pour 1 000 personnes âgées de plus de 75 ans, seules les Pyrénées Atlantiques ont un taux inférieur à celui de la Charente-Maritime (112,47 pour 1 000).

Plus précisément, par type de lits, la Charente-Maritime est en deçà de la moyenne quant au nombre de lits habilités à l'aide sociale en 2008 (avec 47 lits pour 1 000 personnes âgées de plus de 75 ans contre 83 si l'on réalise une moyenne pondérée des départements étudiés).

Pour les EHPAD conventionnés, la Charente-Maritime est plus proche de la moyenne, disposant d'environ 111,6 lits en EHPAD pour 1 000 personnes âgées de plus de 75 ans contre une moyenne pondérée de 107 lits pour l'ensemble des départements étudiés.

2. À noter : les deux tableaux figurant sur cette page ont été réalisés par des sources différentes et portent sur des années différentes ce qui peut expliquer une légère variation dans les données. De même, le tableau de l'ARS porte sur les lits autorisés alors que le tableau de l'ANDASS étudie les lits et places installés.



La Charente-Maritime se situe au-delà de la moyenne des autres départements pour le nombre de lits en EHPA foyer-logement (avec 18,13 lits pour 1 000 contre 13,6 en moyenne pondérée).

d/ Un nombre important de lits qui demeurent disponibles sur la totalité du département

Des lits sont disponibles sur le département (plus de 300 lits en EHPAD et près de 130 en EHPA), et ce dans l'ensemble des pays, comme le montre le tableau ci-après.

Nombre moyen des lits et places disponibles par pays de la Charente-Maritime en 2004, en 2009 et de janvier à juillet 2010

Pays	Moyenne des places disponibles sur l'année 2004			Moyenne des places disponibles sur l'année 2009					Moyenne des places disponibles sur les mois de janvier à juillet 2010				
	EHPAD + EHPA			EHPAD			EHPA		EHPAD			EHPA	
	Privés	Publics	Total EHPAD + EHPA	Privés	Publics	Total EHPAD	Total EHPA	Total EHPAD + EHPA	Privés	Publics	Total EHPAD	Total EHPA	Total EHPAD + EHPA
Pays de La Rochelle-Ré	14,60	6,70	21,30	76,50	3,33	79,83	19,33	99,17	42,43	9,29	51,71	33,43	85,14
Pays d'Aunis	7,00	0,20	7,20	31,58	4,67	36,25	0,00	36,25	13,14	0,71	13,86	0,14	14,00
Pays Rochefortais	20,50	4,00	24,50	33,75	0,00	33,75	4,58	38,33	49,57	0,00	49,57	1,71	51,29
Pays Royan-Marennes-Oléron	17,50	7,30	24,80	104,92	4,58	109,50	44,50	154,00	95,57	4,71	100,29	35,14	135,43
Pays de la Saintonge Romane	15,80	0,00	15,80	12,75	0,00	12,75	1,83	14,58	23,14	0,00	23,14	0,00	23,14
Pays de la Haute Saintonge	7,60	5,80	13,40	29,58	0,00	29,58	1,17	30,75	55,00	0,00	55,00	0,00	55,00
Pays des Vals de Saintonge	4,60	3,40	8,00	16,58	0,67	17,25	60,17	77,42	11,57	0,29	11,86	58,00	69,86
Total	87,60	27,40	115,00	305,67	13,25	318,92	131,58	450,50	290,43	15,00	305,43	128,43	433,86

Source : CG17, CIDHPA

Ce tableau permet de constater que le nombre de lits et places disponibles a fortement augmenté en moyenne annuelle entre 2004 et 2010.

En effet, si 115 places étaient en moyenne disponibles en 2004, elles sont aujourd'hui près de 400 (toutes structures confondues). Tous les pays disposent de lits disponibles en EHPAD privés, en particulier dans le secteur de Royan-Marennes-Oléron qui compte près d'une centaine de lits disponibles. Inversement, les pays d'Aunis, Rochefortais, de la Saintonge Romane, de la Haute Saintonge et des Vals de Saintonge n'ont en général aucun lit disponible dans le secteur public. Il reste néanmoins souvent des lits dans les établissements relevant du secteur privé dans ces mêmes pays.

La moyenne annuelle du nombre de lits disponibles est également liée à l'ouverture d'un ou plusieurs établissements, leur capacité n'étant complètement pourvue qu'après un délai après l'ouverture.

Moyenne des lits autorisés pour 1 000 personnes âgées de plus de 75 ans dans les EHPAD et les EHPA en 2004 et 2010

Pays	Personnes âgées de + de 75 ans en 2004*	Moyenne des lits autorisés pour 1 000 PA de plus de 75 ans en 2004*						Ratio total EHPA-EHPAD en 2004	Personnes âgées de + de 75 ans en 2010*	Moyenne des lits autorisés pour 1 000 PA de plus de 75 ans en 2010*						Ratio total EHPA-EHPAD en 2004
		EHPAD			EHPA					EHPAD			EHPA			
		Publics	Privés	Total ratio EHPAD	Publics	Privés	Total ratio EHPA			Publics	Privés	Total ratio EHPAD	Publics	Privés	Total ratio EHPA	
Pays de La Rochelle-Ré	13 580	51,62	65,83	117,45	16,86	10,82	27,68	145,13	16 585	45,52	61,38	106,90	15,08	14,95	30,03	136,93
Pays d'Aunis	4 772	68,94	52,60	121,54	20,12	18,02	38,14	159,68	4 998	68,23	106,65	174,88	14,81	0,00	14,81	189,69
Pays Rochefortais	5 313	27,10	108,04	135,14	0,00	7,72	7,72	142,86	6 103	15,73	127,47	143,20	0,00	12,12	12,12	155,32
Pays Royan-Marennes-Oléron	14 161	34,04	83,68	117,72	22,17	8,12	30,29	148,01	16 605	33,79	97,50	131,29	15,84	3,01	18,85	150,14
Pays de la Saintonge Romane	7 045	30,09	78,35	108,44	12,49	13,77	26,26	134,70	8 153	29,80	80,22	110,02	4,66	0,00	4,66	114,68
Pays de la Haute Saintonge	7 204	60,38	27,62	88,00	13,46	13,46	26,92	114,92	7 963	59,91	49,35	109,26	1,63	7,41	9,04	118,30
Pays des Vals de Saintonge	6 055	72,83	20,97	93,80	25,27	2,48	27,75	121,55	6 684	81,23	27,83	109,06	14,06	12,12	26,18	135,24
Total	58 130	47,20	65,06	112,26	16,81	10,29	27,10	139,36	67 091	44,95	77,23	122,18	10,91	7,63	18,54	140,72

*Sur la base des recensements de 1999 (pour les chiffres de 2004) et de 2006 (pour les chiffres de 2010)

Source : CG17



En Charente-Maritime, EHPAD et EHPA confondus, le nombre de lits autorisés pour 1 000 personnes âgées de plus de 75 ans entre 2004 et 2010 a augmenté de 1,5 point, passant de 139,36 à 140,72. Si on y ajoute les places en accueil familial et dans les autres structures (type petite unité de vie...), le ratio passe de 148,60 places pour 1 000 personnes âgées de plus de 75 ans en 2004 (sur la base du recensement de 1999) à 150,24 places en 2010 (sur la base du recensement de 2006).

Au niveau des pays, l'évolution globale du taux d'équipement (en EHPAD et en EHPA) est assez contrastée : si les pays de Royan-Marennes-Oléron et de la Haute Saintonge ont connu une évolution modérée de ce taux correspondant à la tendance départementale (respectivement + 2 et + 3 points), les pays de La Rochelle Ré et de la Saintonge Romane se caractérisent par une baisse de leur taux d'équipement (- 8 et - 20 points respectivement) alors que ce taux augmente dans les Pays Rochefortais, des Vals de Saintonge et surtout le pays d'Aunis à hauteur respectivement de 12,5, 13,7 et 30 points.

Cette évolution a tenu compte également de l'équipement en places d'accueil familial, en particulier en Haute-Saintonge et en Vals de Saintonge.

Cette répartition évolue de manière distincte selon la nature des établissements.

L'évolution du nombre de lits pour 1 000 personnes âgées de plus de 75 ans en EHPAD a augmenté de 10 points, passant de 112,27 à 122,18. Au niveau infra-départemental, on constate que cette moyenne a augmenté dans tous les territoires, à l'exception de La Rochelle-Ré. L'augmentation la plus forte a eu lieu sur le pays d'Aunis (+ 53 points). Sa proximité avec La Rochelle, tout en présentant des coûts d'hébergement moins élevés, explique en partie cette forte évolution.

Quant aux EHPA, leur taux d'équipement a diminué, passant de 27 à 18,54, ce qui représente une baisse de 8,55 points entre 2004 et 2010.

Au niveau infra-départemental, la situation est plus hétérogène. Ainsi, cette moyenne n'a augmenté que dans les pays de La Rochelle-Ré et Rochefortais. La baisse la plus forte est constatée sur le pays d'Aunis (-23 points), ce qui vient en contrepoint des chiffres d'évolution des places en EHPAD, compte tenu des transformations de certains logements-foyers ou des maisons de retraite non médicalisées en EHPAD. La Saintonge Romane a également connu une baisse de 21 points.

D'une façon générale, les restructurations réalisées entre 2004 et 2009 ont permis de classer clairement les établissements dans l'une des catégories (EHPA ou EHPAD). L'obligation de la transformation en EHPAD imposée aux établissements accueillant des personnes âgées dépendantes a amené certains

établissements (notamment parmi les plus petits) à fermer ou se regrouper, ce qui explique une partie de la diminution du taux d'équipement en EHPA sur certains territoires. Cette diminution est compensée par une hausse du taux d'équipement en EHPAD.

*État du nombre de lits d'EHPAD autorisés et installés au 1^{er} avril 2010
par délégation territoriale*

EHPAD	Capacité autorisée (lits)	Capacité installée (lits)	Capacité à installer (lits)	Pourcentage
Pays de La Rochelle Ré	1 773	1 689	84	8,83 %
Pays d'Aunis	874	717	157	16,51 %
Pays Rochefortais	874	782	92	9,67 %
Pays Royan-Marennes-Oléron	2 180	1 797	383	40,27 %
Pays de la Saintonge Romane	897	731	166	17,46 %
Pays de la Haute Saintonge	870	801	69	7,26 %
Pays des Vals de Saintonge	729	729	0	0,00 %
Total	8 197	7 246	951	100,00 %

Source : CG17, « Statistiques départementales des Établissements accueillant des personnes âgées »

Au total, 7 246 lits d'EHPAD sont installés au 1^{er} avril 2010. 951 lits (11,60 % des lits autorisés) sont en attente d'installation en Charente-Maritime, sur les 8 197 lits d'EHPAD autorisés.

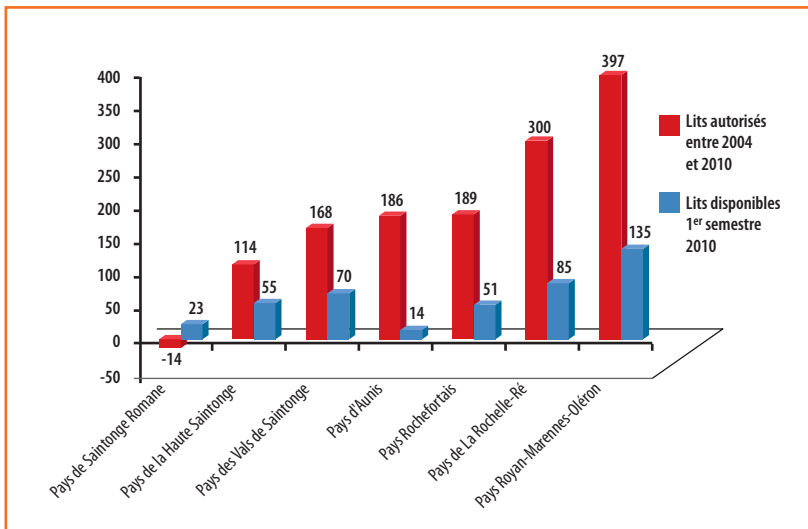
Cette mise en œuvre devrait être finalisée dans un délai de trois ans.

Les projets en cours sont localisés principalement dans les pays de Royan-Marennes-Oléron (383 lits, soit 40,27 % des lits à installer), de la Saintonge Romane (166 lits, soit 17,46 % des lits à installer) et d'Aunis (157 lits, soit 16,51 % des lits à installer).



Comparaison de l'évolution du nombre de lits autorisés en EHPAD et du nombre de lits disponibles en EHPAD entre 2004 et 2010 selon les délégations territoriales

Le graphique ci-dessous permet de comparer le nombre de lits qui ont été autorisés entre 2004 et 2010 dans les différents pays, avec le nombre de lits disponibles en moyenne sur le 1^{er} semestre de 2010. On constate ainsi que, quelle que soit l'évolution du nombre de lits autorisés, plus de 400 lits sont vacants pendant cette période, dans le département.



Source : CG 17

En conséquence, toute nouvelle création, qu'elle fasse l'objet d'un appel à projet ou d'une extension non importante, n'interviendra qu'à la suite d'un bilan de l'installation effective des projets autorisés en cours et d'une analyse de la situation des lits et places disponibles dans le département.

Dans cette attente, le Schéma départemental ne prévoit pas de programmation d'équipements.

e/ L'habilitation à l'aide sociale départementale

Sur l'ensemble du département de la Charente-Maritime, les lits et places habilités à l'aide sociale représentent plus d'un tiers des lits et places autorisés (35,68 %). Les structures privées à but lucratif ne sont dotées d'aucune place habilitée à l'aide sociale.

Nombre de lits et places habilités à l'aide sociale

Structures	EHPAD	% cap hab	EHPA	% cap hab	PUV et MRS	% cap hab	Total Étab installés	% cap hab	Total Étab autorisés	% cap hab
	Cap inst	/cap inst totale		Cap inst		/cap inst totale		Cap inst		/cap inst totale
Publiques	2 615	97,07 %	205	29,20 %	11	100,00 %	2 831	68,90 %	3 069	81,97 %
Privées	0	0,00 %	0	0,00 %	0	0,00 %	0	0,00 %	0	0,00 %
Associatives	263	34,07 %	0	0,00 %	55	58,51 %	318	36,72 %	361	35,22 %
Total	2 878	39,80 %	205	19,18 %	66	36,26 %	3 149	37,13 %	3 430	35,68 %

Source : CG17, « Statistiques départementales des Établissements accueillant des personnes âgées »

Pour les EHPAD, la quasi-totalité des lits des structures publiques est habilitée à l'aide sociale tandis que les seuls lits habilités des structures privées sont gérés par des établissements associatifs. Un tiers de ces lits sont habilités à l'aide sociale départementale (34,07 % du total des lits associatifs installés).

Nombre de lits autorisés et habilités à l'aide sociale en EHPAD par délégation territoriale

Pays	Nombre de lits autorisés et habilités à l'aide sociale en EHPAD en 2010 selon le type de statut					
	Public	Privé	Associatif	Total lits habilités	Total lits autorisés	% cap hab /cap autorisée totale
Pays de La Rochelle-Ré	629	0	19	648	1 773	36,55 %
Pays d'Aunis	282	0	48	330	874	37,76 %
Pays Rochefortais	96	0	0	96	874	10,98 %
Pays Royan-Marennes-Oléron	497	0	171	668	2 180	30,64 %
Pays de Saintonge Romane	208	0	18	226	897	25,20 %
Pays de Haute Saintonge	477	0	15	492	870	56,55 %
Pays des Vals de Saintonge	397	0	45	442	729	60,63 %
Total général	2 586	0	316	2 902	8 197	35,40 %

Source : CG17, « Statistiques départementales des Établissements accueillant des personnes âgées »



Les Pays de la Haute Saintonge et des Vals de Saintonge disposent du plus grand nombre de lits habilités à l'aide sociale en EHPAD puisque plus de 55 % des lits en EHPAD sur ces pays sont habilités.

Les pays d'Aunis et de La Rochelle-Ré se situent dans la moyenne départementale avec un peu plus de 35 % des lits autorisés habilités à l'aide sociale.

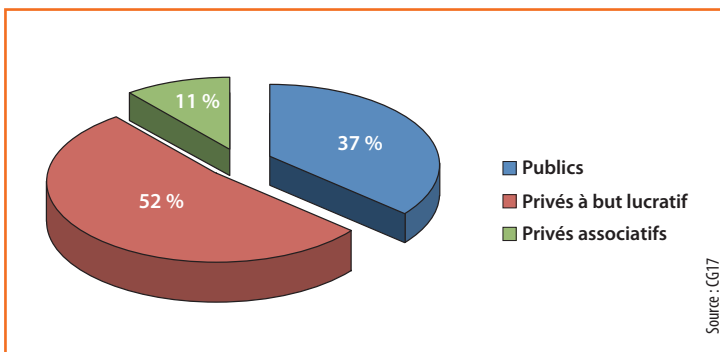
Enfin, les pays de Royan Marennes Oléron, de la Saintonge Romane et le pays Rochefortais se situent en dessous de cette moyenne départementale avec une part plus faible de lits habilités à l'aide sociale sur le pays Rochefortais (11 %).

Répartition du nombre total de lits autorisés en EHPAD entre les différents types d'établissement selon les délégations territoriales

Les lits en EHPAD se décomposent de la façon suivante (au 1^{er} avril 2010) :

- 34 établissements publics qui proposent 3 016 lits (soit 37 % des lits autorisés)
- 61 établissements privés à but lucratif qui proposent 4 245 lits (soit 52 % des lits autorisés)
- 16 établissements associatifs qui proposent 936 lits (soit 11 % des lits autorisés)

Au niveau infra-départemental, on constate certaines disparités dans le poids des différents types de structures. Ainsi, dans les pays des Vals de Saintonge (74,5 %) et de la Haute Saintonge (55 %), les EHPAD publics sont majoritaires.



Les EHPAD privés lucratifs sont en revanche majoritaires dans les pays Rochefortais (89 %), de Royan-Marennes-Oléron (56 %) et de La Rochelle-Ré (56 %). Dans les autres pays, ils représentent entre 37 % et 47 % des lits. Le secteur privé lucratif ne représente que 19 % des lits en EHPAD dans le Pays des Vals de Saintonge.

Enfin, les EHPAD privés associatifs comptent pour plus de 20 % des lits dans les pays de la Saintonge Romane et d'Aunis et pour 18 % dans le Pays de Royan-Marennes-Oléron. Néanmoins, ils constituent une part très faible des lits en EHPAD dans les autres pays, oscillant entre 0 % et 6 %.

L'accueil des personnes âgées atteintes de maladie d'Alzheimer peut être effectué au sein d'unités spécialisées dites unités d'accueil et de soins Alzheimer (UASA), situées au sein des EHPAD. Cette appellation ne constitue pas un label. Ces unités disposent de locaux dont l'adaptation et la sécurité sont variées (unités ouvertes ou fermées avec ou sans jardin thérapeutique et zone de déambulation). Elles proposent des lits d'hébergement permanent ou temporaire et des places d'accueil de jour.

Évolution du nombre de places autorisées en unités pour personnes désorientées (UASA)

	UASA			
	2008	2009	2010	Évolution entre 2008 et 2010 (%)
Hébergement permanent	655	850	904	+ 38,02 %
Hébergement temporaire	79	84	84	+ 6,33 %
Accueil de jour	132	153	158	+ 19,70 %
Total	866	1 087	1 146	+ 32,33 %

Source : CG17, « Statistiques départementales des Établissements accueillant des personnes âgées »

En 2008, la Charente-Maritime disposait de 655 lits d'hébergement permanent, de 79 lits d'hébergement temporaire et de 132 places d'accueil de jour, pour un total de 866 lits et places.

Ce mode d'accueil a été fortement développé ces dernières années. Ces lits et places ont été identifiés de façon plus spécifique avec la mise en œuvre du plan Alzheimer (2008-2012) et des financements dédiés de l'assurance-maladie. Ainsi, de nombreuses places ont été autorisées en 2009 et 2010 avec une augmentation globale de 32 % des lits et places en UASA entre 2008 et 2010, aboutissant, au plus tard en 2013, à la mise à disposition de 904 lits d'hébergement permanent, de 84 lits d'hébergement temporaire et de 158 places d'accueil de jour pour un total de 1 146 lits et places.



f/ Un prix moyen d'hébergement en EHPAD relativement élevé dans le secteur privé lucratif et surtout très contrasté selon les délégations territoriales

En application de la réforme de la tarification des EHPAD mise en œuvre par la loi du 24 janvier 1997 et les décrets d'avril 1999 et de mai 2001, les frais de séjour sont décomposés en trois tarifs : prix de journée afférent à l'hébergement, à la dépendance et forfait de soins.

Le **budget relatif à l'hébergement** en EHPAD comprend les charges d'exploitation à caractère hôtelier et d'administration générale, les charges relatives à l'emploi de personnel assurant l'accueil, l'animation de la vie sociale, l'entretien, la restauration et l'administration générale, les amortissements des biens meubles et immeubles autres que le matériel médical, les dotations aux provisions, les charges financières et exceptionnelles. Le prix de journée calculé est à la charge du résidant ou de l'aide sociale départementale pour les bénéficiaires de cette prise en charge.

Des aides au logement peuvent intervenir sous conditions de ressources.

La tarification de la dépendance est établie en fonction des fournitures et prestations de services hôtelières liées à la prise en charge de la dépendance, des charges relatives à l'emploi de personnel assurant l'aide et le soutien aux personnes hébergées dépendantes, des amortissements du matériel et du mobilier, permettant la prise en charge de la dépendance et la prévention de son aggravation.

Ces tarifs varient en fonction du degré de dépendance du résidant déterminé lors de l'évaluation réalisée par l'équipe médico-sociale auprès de la personne âgée, selon les critères de la grille AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources). Trois catégories de tarifs sont arrêtées par le Président du Conseil général, par groupe de GIR (GIR 1-2, GIR 3-4 et GIR 5-6). L'allocation personnalisée d'autonomie en établissement (financée par le Conseil général) permet de prendre en charge une grande partie des coûts liés à la prise en charge de la dépendance. Le tarif correspondant au GIR 5-6 demeure à la charge du résidant ou de l'aide sociale départementale pour les bénéficiaires de cette prise en charge.

La dotation de soins est déterminée en fonction du niveau de dépendance et de la lourdeur des pathologies des personnes accueillies. Cette dotation est variable en fonction de l'option choisie par l'établissement : tarif global ou tarif partiel et de l'existence ou non d'une pharmacie à usage intérieur au sein de l'EHPAD.

Le Conseil général et l'Agence Régionale de Santé interviennent de façon diverse dans la définition des prix de journée en établissement selon le type d'établissement.

Ainsi, le tarif journalier de l'hébergement en EHPAD habilité à l'aide sociale est fixé par le Président du Conseil général. Les résidents dont les ressources sont insuffisantes peuvent bénéficier d'une prise en charge à ce titre. Certains EHPAD privés associatifs ont été habilités également par le Département pour accueillir des bénéficiaires de l'aide sociale.

Dans les autres EHPAD non habilités, les résidents dont les ressources sont insuffisantes peuvent bénéficier d'une prise en charge des frais d'hébergement au titre de l'aide sociale sous certaines conditions.

Les personnes âgées résidant en établissement autorisé par le Président du Conseil général mais non-habilité au titre de l'aide sociale peuvent bénéficier de l'aide sociale à l'hébergement dès lors qu'elles y ont séjourné à titre payant pendant une durée de cinq ans et lorsque leurs ressources ne leur permettent plus d'assurer leur entretien.

Toutefois, comme le prévoit l'article 6063 du Règlement Départemental d'Aide Sociale, le Président du Conseil général peut prononcer des dérogations, sur demande du responsable de l'établissement, en faveur des personnes ayant réglé elles-mêmes leurs frais d'hébergement pendant trois ans, dès lors qu'elles résidaient antérieurement à leur placement dans le canton d'implantation de l'établissement d'accueil et que le prix de journée n'excède pas le tarif moyen des établissements habilités à l'aide sociale du département.

Le prix de journée financé par le Département est alors un tarif arrêté par le Président du Conseil général, applicable aux personnes âgées hébergées dans un E.H.P.A.D. de Charente-Maritime non habilité à l'aide sociale départementale. Au 1^{er} avril 2010, ce prix de journée s'élève à 48,95 €.



Prix moyen d'hébergement en EHPAD dans les délégations territoriales en 2004

Pays	Prix moyen d'hébergement en EHPAD (2004)		
	Structures publiques	Structures privées à but lucratif	Structures privées à but associatif
Pays de La Rochelle-Ré	41,54 €	55,31 €	–
Pays d'Aunis	38,08 €	45,92 €	54,98 €
Pays Rochefortais	41,25 €	45,57 €	48,00 €
Pays Royan-Marennes-Oléron	40,44 €	51,76 €	47,19 €
Pays de Saintonge Romane	42,33 €	46,44 €	46,18 €
Pays de Haute Saintonge	39,97 €	46,48 €	36,84 €
Pays des Vals de Saintonge	37,64 €	48,68 €	–
Moyenne	40,18 €	48,59 €	46,64 €

Source : CG17

En 2004, le prix moyen d'hébergement pour une chambre à un lit était de 40,18 € en EHPAD public, 48,59 € en EHPAD privé à but lucratif et de 46,64 € en EHPAD privé associatif.

Par rapport à ces prix moyens, le pays de La Rochelle-Ré et le pays de Royan-Marennes-Oléron se distinguent par un écart important avec un prix supérieur respectivement de 7 et de 3 euros à la moyenne des prix de journée en EHPAD privé à but lucratif.

Inversement, les EHPAD privés à but lucratif situés sur le pays Rochefortais, le pays d'Aunis, le pays de la Saintonge Romane et le pays de la Haute Saintonge ont des prix de journée inférieurs à la moyenne de 2 à 3 euros.

En ce qui concerne les structures privées associatives, la moyenne doit être examinée en tenant compte du faible nombre d'établissements de ce type, en particulier par le fait qu'un seul établissement privé à but associatif existe en pays d'Aunis.

Pour les structures publiques, le prix moyen constaté sur les différents pays reste proche de la moyenne générale.

Prix moyen d'hébergement en EHPAD dans les délégations territoriales en 2009

Pays	Prix moyen d'hébergement en EHPAD (chambre 1 lit)		
	Structures publiques	Structures privées à but lucratif	Structures privées à but associatif
Pays de La Rochelle-Ré	48,04 €	65,00 €	–
Pays d'Aunis	46,38 €	53,67 €	51,73 €
Pays Rochefortais	43,13 €	62,39 €	–
Pays Royan-Marennes-Oléron	43,92 €	66,42 €	58,94 €
Pays de Saintonge Romane	51,12 €	59,02 €	51,11 €
Pays de Haute Saintonge	48,66 €	56,42 €	51,97 €
Pays des Vals de Saintonge	46,77 €	51,33 €	40,04 €
Moyenne	46,86 €	59,18 €	50,76 €

Source : CG17

En 2009, le prix moyen d'hébergement pour une chambre à un lit était de 46,86 € en EHPAD public, 59,18 € en EHPAD privé à but lucratif et de 50,76 € en EHPAD privé associatif.

Par rapport à ces prix moyens, les pays de Royan-Marennes-Oléron, Rochefortais et de La Rochelle-Ré se distinguent par des écarts importants avec un prix supérieur de 3 à 7 euros à la moyenne des prix de journée en EHPAD privé à but lucratif et jusqu'à 8 euros en EHPAD de gestion associative sur Royan Marennes-Oléron. Inversement, les prix sont entre 5 et 10 euros moins chers que la moyenne dans les pays d'Aunis et de la Haute Saintonge.

Ces prix sont notamment liés au coût du foncier sur ces zones, particulièrement élevé dans le pays de Royan-Marennes-Oléron, et de La Rochelle-Ré ainsi qu'à une politique tarifaire conduite par certains gestionnaires.

En 2008, le tarif d'hébergement, hors GIR 5-6, s'élevait en moyenne à 1 518 € par mois en Charente-Maritime (selon la CARSAT), alors que, selon la DREES, le montant moyen des pensions de retraite perçues en Charente-Maritime se situe parmi les plus faibles de France (aux alentours de 748 € pour les femmes et 1 293 € pour les hommes en 2001).

Le tarif afférent à l'hébergement intègre notamment les charges liées aux restructurations et aux investissements immobiliers. Afin de limiter ces surcoûts et donc de permettre que les tarifs d'hébergement soient compatibles avec les ressources de la population, l'État (au travers des financements de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie) et le Conseil général (par une politique



de garantie d'emprunts et d'habilitation à l'aide sociale départementale) mènent des actions de soutien à l'investissement sur les projets jugés prioritaires. Néanmoins, ces financements sont limités aux champs de compétence de ces autorités. Aussi, pour que les places restent accessibles à un public suffisamment large, une politique de subordination des nouvelles autorisations à l'engagement des promoteurs de respecter un tarif d'hébergement plafonné est menée (source : PRIAC).

Évolution du prix moyen d'hébergement en EHPAD dans les délégations territoriales entre 2004 et 2009

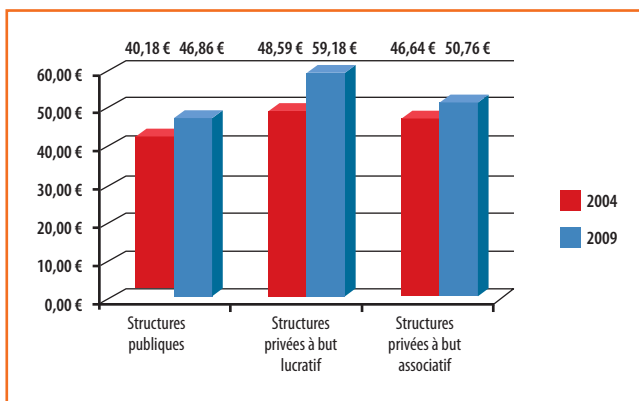
Pays	Évolution par structures du prix moyen d'hébergement en EHPAD entre 2004 et 2009		
	Structures publiques (en %)	Structures privées à but lucratif (en %)	Structures privées à but associatif (en %)
Pays de La Rochelle-Ré	+ 15,65 %	+ 17,53 %	–
Pays d'Aunis	+ 21,79 %	+ 16,89 %	- 5,91 %
Pays Rochefortais	+ 4,56 %	+ 36,91 %	–
Pays Royan-Marennes-Oléron	+ 8,61 %	+ 28,34 %	+ 24,91 %
Pays de Saintonge Romane	+ 20,77 %	+ 27,10 %	+ 10,66 %
Pays de Haute Saintonge	+ 21,75 %	+ 21,38 %	+ 41,07 %
Pays des Vals de Saintonge	+ 24,25 %	+ 5,46 %	–
Moyenne	+ 16,63 %	+ 21,79 %	+ 8,83 %

Source : CG17

Le prix moyen d'hébergement en EHPAD augmente sur la période. Dans les structures privées à but lucratif, l'accroissement du prix de journée moyen atteint en moyenne 21,8 % d'augmentation en 5 ans et jusqu'à 27 % et 28 % sur les pays de la Saintonge Romane et de Royan-Marennes-Oléron. L'augmentation moyenne est de 16,63 % dans les structures publiques. L'augmentation la plus faible se situe dans les structures privées à but associatif (+8,83 %) avec même une baisse sur le pays d'Aunis, mais qui s'explique par le prix relativement élevé du seul établissement de gestion associative situé sur le pays d'Aunis en 2004 et par le caractère récent de certaines autorisations. Les nombreuses opérations de modernisation des établissements du secteur public sont susceptibles d'entraîner à terme une augmentation du prix de journée moyen.

Le graphique ci-dessous permet de visualiser d'une autre manière cette évolution.

Évolution du prix moyen d'hébergement en EHPAD toutes délégations territoriales confondues entre 2004 et 2009



Source : CG17





2.6 - Un nombre de bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie en établissement en augmentation

Comme indiqué en introduction de ce chapitre, l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) prend en charge une partie plus ou moins importante du tarif « dépendance » payé en établissement par la personne âgée selon ses ressources. Les éléments ci-dessous permettent d'apprécier l'évolution du nombre de bénéficiaires et des montants engagés pour financer l'APA en établissement, entre 2005 et 2009.

Comparaison de l'évolution des bénéficiaires de l'APA Établissement

Départements	Nombre de bénéficiaires de l'APA Établissement 2005	Nombre de bénéficiaires de l'APA Établissement 2007	Nombre de bénéficiaires de l'APA Établissement 2008	Évolution entre 2005 et 2008 (%)
Charente	3 964	3 913	4 356	10 %
Deux-Sèvres*	3 549	4 098	–	15 %
Vienne	3 012	3 443	3 547	18 %
Côtes-d'Armor	–	–	7 376	–
Charente-Maritime	3 749	4 278	4 460	19 %
Vendée	5 581	6 136	6 378	14 %
Pyrénées-Atlantiques	4 284	4 776	5 015	17 %

* Évolution du nombre de bénéficiaires entre 2005 et 2007

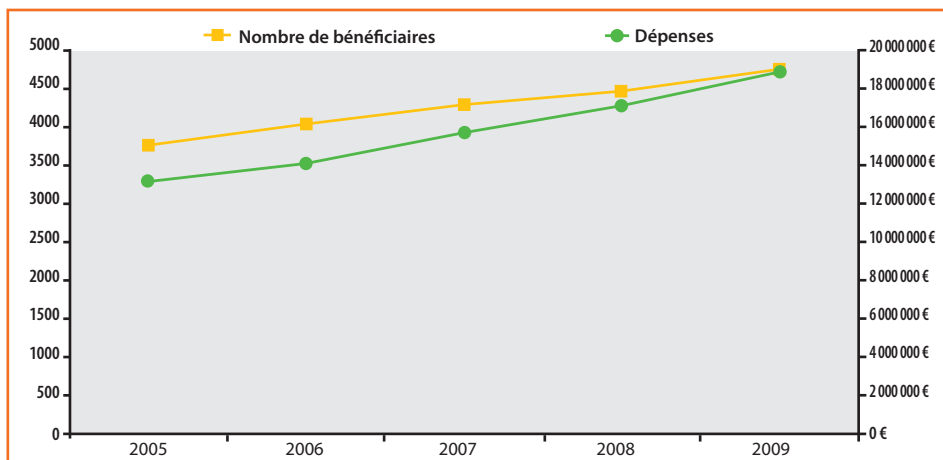
Source : Annuaire Andass des données sociales et de santé 2005, 2009 et 2010

Ce tableau permet de constater que le nombre de bénéficiaires de l'APA en établissement a augmenté d'au moins 10 % dans tous les départements comparés.

Conformément aux projections de l'INSEE, la Charente-Maritime se distingue par l'évolution la plus forte (19 %), suivie par la Vienne (18 %) et les Pyrénées-Atlantiques (17 %). Les autres départements de la région Poitou-Charentes ont connu une évolution inférieure (entre 10 % et 15 %).

Un nombre de bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie en établissement en augmentation

Évolution comparée des dépenses et des bénéficiaires pour l'APA en établissement depuis 2005



Source : CG17

On note une croissance parallèle des bénéficiaires et des dépenses de l'APA en établissement entre 2004 et 2009, de l'ordre de 6 à 8 %.

Évolution de l'APA en établissement depuis 2004

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Évolution 2004 - 2009
Bénéficiaires de l'APA en établissement	3 540	3 749	4 029	4 278	4 460	4 735	
Évolution des bénéficiaires de l'APA en établissement	0,65 %	5,90 %	7,47 %	6,18 %	4,25 %	6,17 %	33,76 %
Dépenses d'APA en établissement	12 155 012 €	13 134 083 €	14 084 435 €	15 709 663 €	17 098 829 €	18 889 923 €	
Évolution des dépenses d'APA en établissement	- 4,79 %	8,05 %	7,24 %	11,54 %	8,84 %	10,47 %	55,41 %

Source : CG17

À noter : l'évolution des bénéficiaires et des dépenses est appréhendée par rapport à l'année précédente.

De 2004 à 2009, le nombre d'allocataires passe de 3 540 à 4 735, ce qui représente une augmentation de 33,76 %. Les dépenses ont augmenté de 55,41 % entre 2004 et 2009, pour atteindre près de 19 millions d'euros.



a/ Des allocataires de l'allocation personnalisée d'autonomie en établissement relativement moins dépendants que lors du précédent schéma

Pour établir le nombre des bénéficiaires de l'APA en établissement, deux méthodes sont possibles :

- on ne dénombre que les bénéficiaires résidant dans des établissements dont l'allocation personnalisée d'autonomie est réglée sous la forme d'allocation aux usagers ;
- le second comptage, qui alimente les statistiques officielles, prend en compte les chiffres ci-dessus augmentés du nombre de lits d'EHPAD dont l'APA est financée directement par dotation globale et dont les bénéficiaires n'ont actuellement pas à constituer de dossier de demande d'APA.

Les tableaux et graphiques ci-dessous sont ainsi établis à partir du premier type de comptage.

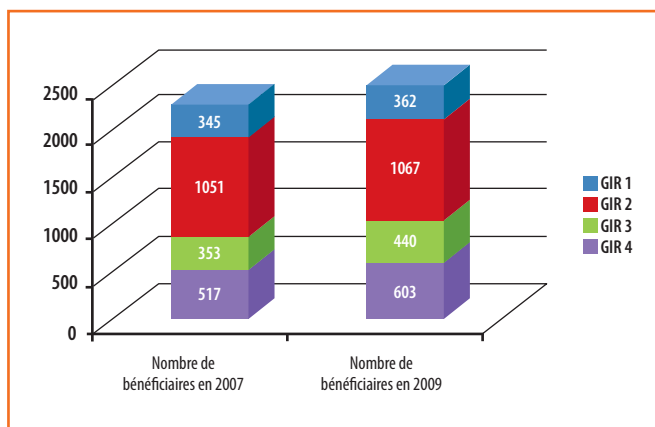
Nombre d'allocataires de l'APA en établissement (hors dotation globale) de 2007 à 2009

GIR	Nombre de bénéficiaires en 2007	Nombre de bénéficiaires en 2009	Évolution (%)	Proportion par GIR en 2007	Proportion par GIR en 2009
1	345	362	4,93 %	15,20 %	14,60 %
2	1 051	1 067	1,52 %	46,40 %	43,20 %
3	353	440	24,65 %	15,60 %	17,80 %
4	517	603	16,63 %	22,80 %	24,40 %
Total	2 266	2 472	9,09 %	100,00 %	100,00 %

Source : CG17

Un nombre de bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie en établissement en augmentation

Le graphique ci-dessous représente également l'évolution du nombre de bénéficiaires de l'APA en établissement.



Source : CG17

Entre 2007 et 2009, on constate une augmentation du nombre de bénéficiaires de l'APA en établissement, de l'ordre de 9,09 % (de 2 266 à 2 472).

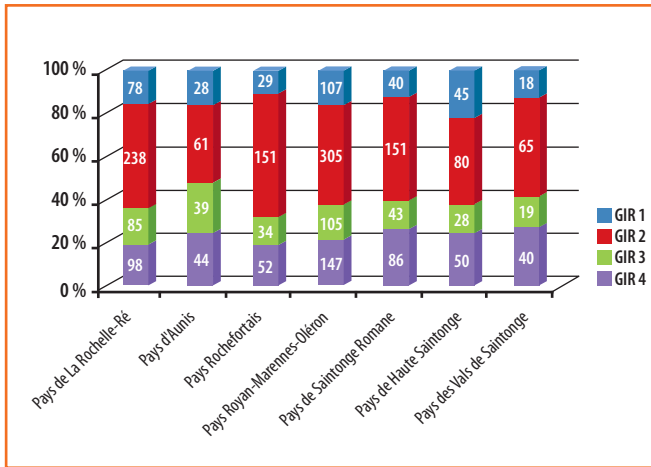
Les personnes en GIR 2 représentent la majorité des bénéficiaires de l'APA en établissement (de 46,4 % en 2007 à 43,2 % en 2009). Le GIR 1 représente environ 15 % des bénéficiaires, le GIR 3 représente entre 15 et 18 %. Enfin, le GIR 4 compte pour plus de 20 %.

Pour mémoire, le nombre d'allocataires de l'APA à domicile est de 8 564 en 2009 pour un coût de plus de 40 millions d'euros. Ainsi, l'APA en établissement représente, en 2009, 35 % des bénéficiaires de l'APA dans son ensemble (domicile + établissement) et 30 % des dépenses.

Enfin, on constate que la part des bénéficiaires de l'APA en établissement en GIR 1 est plus importante que celle des bénéficiaires de l'APA à domicile (15 % des bénéficiaires de l'APA en établissement sont en GIR 1 contre 3 % des bénéficiaires de l'APA à domicile). Inversement, 57,4 % des bénéficiaires de l'APA à domicile sont en GIR 4, contre 20 % des bénéficiaires de l'APA en établissement. Cette répartition est cohérente puisque les personnes en établissement relèvent en général d'un niveau de dépendance plus important que les personnes demeurant à domicile.



APA en établissement en pourcentage par GIR et délégation territoriale en 2007



Les données indiquées sur les histogrammes représentent le nombre de personnes âgées par GIR.
Source : CG17, « Statistiques relatives à l'aide sociale aux personnes âgées », 2009

APA en établissement en pourcentage par GIR et délégation territoriale en 2009



Les données indiquées sur les histogrammes représentent le nombre de personnes âgées par GIR.
Source : CG17, « Statistiques relatives à l'aide sociale aux personnes âgées », 2009

En 2009, les pays de la Haute Saintonge, d'Aunis et de la Saintonge Romane se distinguent par la part la plus importante de bénéficiaires de l'APA en établissement en GIR 4 (plus de 27 %). Depuis 2007, les Vals de Saintonge ont vu leur part de bénéficiaires en GIR 4 diminuer de plus de 8 %.

Pour le GIR 3, le pays d'Aunis est celui qui compte la part la plus importante de bénéficiaires en 2007 et 2009, même si leur part a diminué. À cette exception près, la part des bénéficiaires en GIR 3 a augmenté dans toutes les délégations territoriales.

Même si la part des bénéficiaires en GIR 2 diminue dans le pays Rochefortais, ce dernier reste toujours celui qui compte la part la plus importante de bénéficiaires dans cette catégorie depuis 2007.

Enfin, pour le GIR 1, en 2009, les pays Rochefortais et de Royan-Marennes-Oléron enregistrent la part la plus forte de bénéficiaires tandis qu'en 2007, la Haute Saintonge dénombrait plus de 22 % de bénéficiaires en GIR 1 (contre 11 % en 2009).

En synthèse, on constate que les pays Rochefortais, des Vals de Saintonge et de Royan-Marennes-Oléron concentrent une part plus importante de bénéficiaires de l'APA en établissement très dépendants avec entre 66 % et 59 % des bénéficiaires de l'APA en établissement évalués en GIR 1 ou 2.

Pour mémoire, on dénombre entre 20 et 25 % de personnes âgées évaluées en GIR 1 ou 2 parmi les bénéficiaires de l'APA à domicile selon les pays. Les délégations territoriales comptant le plus fort taux de personnes bénéficiaires de l'APA à domicile évaluées en GIR 4 sont la Haute Saintonge (64 %) et le pays d'Aunis (58 %).

D'une façon générale, la répartition des différents niveaux de dépendance entre les pays est assez équilibrée sur l'ensemble du département, que ce soit pour les bénéficiaires de l'APA à domicile ou pour les bénéficiaires de l'APA en établissement.

b/ Les caractéristiques de la population accueillie en établissement

En dehors du niveau de dépendance (estimé par le GIR), peu de données agglomérées existent permettant de caractériser la population accueillie en établissement.

Les questionnaires réalisés dans le cadre de ce schéma permettent d'obtenir des éléments complémentaires. Les résultats figurent dans la 4^e partie de ce document (analyse des réponses aux questionnaires).



2.7 - Les priorités de l'État en matière de prise en charge des personnes âgées dépendantes

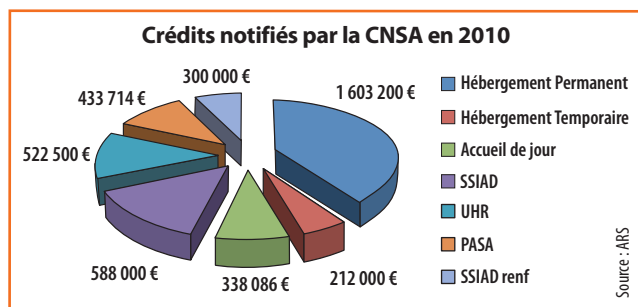
Les priorités de l'État et de l'assurance-maladie étaient définies jusqu'en 2010 par le Programme inter départemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC)³. Arrêté par le Préfet de région, ce document fixe les priorités de financement des créations, extensions et transformations des établissements et services pour personnes âgées dépendantes et personnes en situation de handicap, sous compétence tarifaire de l'État dans la région. Les crédits programmés sont notifiés par la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA). Les crédits affectés aux mesures nouvelles et notifiés en 2009 par la CNSA se sont élevés à 6 014 150 € pour les personnes âgées sur l'ensemble de la région Poitou-Charentes dont 2 824 600 € pour la Charente-Maritime.

L'enveloppe globale versée à la Charente-Maritime par la CNSA en 2010 s'élève à 97 760 000 € dont :

- 16 637 000 € pour les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et les SSIAD renforcés,
- 956 000 € pour les pôles d'activités et de soins adaptés (PASA) et pour les unités d'hébergement renforcés (UHR) pour les personnes âgées présentant la maladie d'Alzheimer,
- 568 000 € pour les hébergements temporaires (HT) Alzheimer,
- 1 155 000 € pour les accueils de jour (AJ) Alzheimer (coût du transport compris).

Pour l'année 2010, ce sont près de **4 millions d'euros en mesures nouvelles** qui ont été programmés pour la Charente-Maritime, ce qui constitue une évolution de plus 291 % par rapport aux crédits alloués en 2004.

En 2010, ces crédits se répartissent de la façon suivante entre les thématiques prioritaires détaillées ci-après :



3. NB : avec la création des Agences Régionales de Santé (ARS) en 2010, les PRIAC seront prochainement intégrés dans le Projet Régional de Santé (PRS)

Ces crédits ont été affectés aux différentes priorités définies dans le PRIAC (après avis du Conseil général) :

1. Priorité n° 1 : poursuivre le développement de l'offre en hébergement pour répondre à la demande croissante des personnes qui ne peuvent plus rester à domicile, notamment les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées (en veillant notamment à réduire les disparités géographiques d'équipement entre départements et en favorisant l'accessibilité des tarifs d'hébergement).

La Charente-Maritime ayant un ratio de places en établissement, par rapport à sa population âgée de plus de 75 ans, plus faible que celui des autres départements de la région, ce département a été le plus soutenu par l'État en matière de création de places.

Par ailleurs, le plan Alzheimer (mesure n° 16) préconise la création ou l'identification, au sein des EHPAD, d'unités adaptées pour les patients souffrant de troubles comportementaux, animées par des professionnels spécifiquement formés et fonctionnant avec des équipes renforcées.

Deux types d'unités sont distingués selon le niveau des troubles présentés :

- les pôles d'activité et de soins adaptés (PASA), qui ont vocation à accompagner les personnes atteintes de troubles comportementaux modérés, sur le modèle d'un accueil de jour réservé en l'occurrence aux résidents de l'EHPAD,
- les unités d'hébergement renforcées (UHR) pour accompagner 24h/24h, dans une unité sécurisée, les malades atteints de troubles du comportement sévères.

Un cahier des charges a été élaboré par la Direction Générale de l'Action Sociale (DGAS) et la CNSA pour définir les caractéristiques architecturales et les modes de fonctionnement de ces structures. Les premiers appels à projet ont été publiés en 2010. Dans le PRIAC 2009-2013, seul le département de Charente-Maritime a prévu de réserver un tiers de ses places nouvelles d'EHPAD à la création d'UHR.

2. Priorité n° 2 : garantir une palette de réponses de proximité par la diversification de l'offre et le développement de prises en charge alternatives (hébergement temporaire, accueil de jour, projets innovants) afin d'offrir une vraie possibilité de choix de mode de vie aux personnes âgées (notamment en développant des accueils spécifiques pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés et en favorisant les projets



visant à éviter les ruptures de prise en charge et à assurer la continuité entre domicile et hébergement en institutions, en particulier par la mise en place de plates-formes de services).

Le PRIAC continue à soutenir la création de places d'accueil de jour et d'hébergement temporaire. Cependant, ces capacités ne sont pas utilisées pleinement. C'est pourquoi, dans le cadre des Assises Régionales Alzheimer, une étude a été confiée à l'Observatoire Régional de la Santé (ORS) afin d'évaluer les dispositifs existants.

3. Priorité n° 3 : renforcer le dispositif de soins à domicile pour contribuer au maintien des personnes âgées dans leur cadre de vie habituel et retarder le plus possible le moment de l'entrée en institution.

Cette priorité prévoit notamment la création de nouvelles places en services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) : sur 5 ans, la création de 483 nouvelles places de SSIAD est programmée.

L'accueil des personnes âgées en établissement en Charente-Maritime a connu de nombreuses évolutions tant d'un point de vue qualitatif (avec le développement des droits des usagers, la professionnalisation des intervenants, le travail sur la qualité et la bienveillance, la mise aux normes et la modernisation des locaux...) que d'un point de vue quantitatif puisqu'un grand nombre de lits et places ont été créés, notamment en EHPAD, à destination des personnes atteintes de troubles de type Alzheimer.

Néanmoins, le taux d'équipement du département reste inférieur à celui des autres départements de la région ou d'autres départements comparables, même s'il convient de s'interroger sur la pertinence de ce taux dans la mesure où un nombre significatif de lits en établissement demeurent vacants sur l'ensemble du département.

Malgré les efforts des financeurs pour inciter les promoteurs à modérer leurs tarifs, le prix moyen d'hébergement en EHPAD reste relativement élevé, en particulier dans le secteur privé lucratif. Très contrasté selon le lieu, il est notamment lié au coût du foncier, particulièrement élevé en zone littorale. Enfin, le nombre de bénéficiaires dépendants en établissement continue à augmenter.

2.8 - L'état de l'offre de soins en Charente-Maritime

Ce chapitre vise à dresser un bilan de l'offre de soins en Charente-Maritime. En effet, le nombre de médecins, de services de soins infirmiers, d'intervenants paramédicaux est un élément fondamental favorisant le maintien à domicile mais aussi la coordination des différentes interventions autour de la personne âgée.

a/ Une augmentation importante du nombre de places en Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) qui fait de la Charente-Maritime un département correctement équipé

Évolution des SSIAD en Charente-Maritime

	2004	2007	2009	2004-2007 (%)	2007-2009 (%)	2004-2009 (%)
Nombre de places en SSIAD	908	1 309	1 457	+ 44,16 %	+ 11,30 %	+ 60,40 %

Source : Délégation territoriale de l'ARS en Charente-Maritime

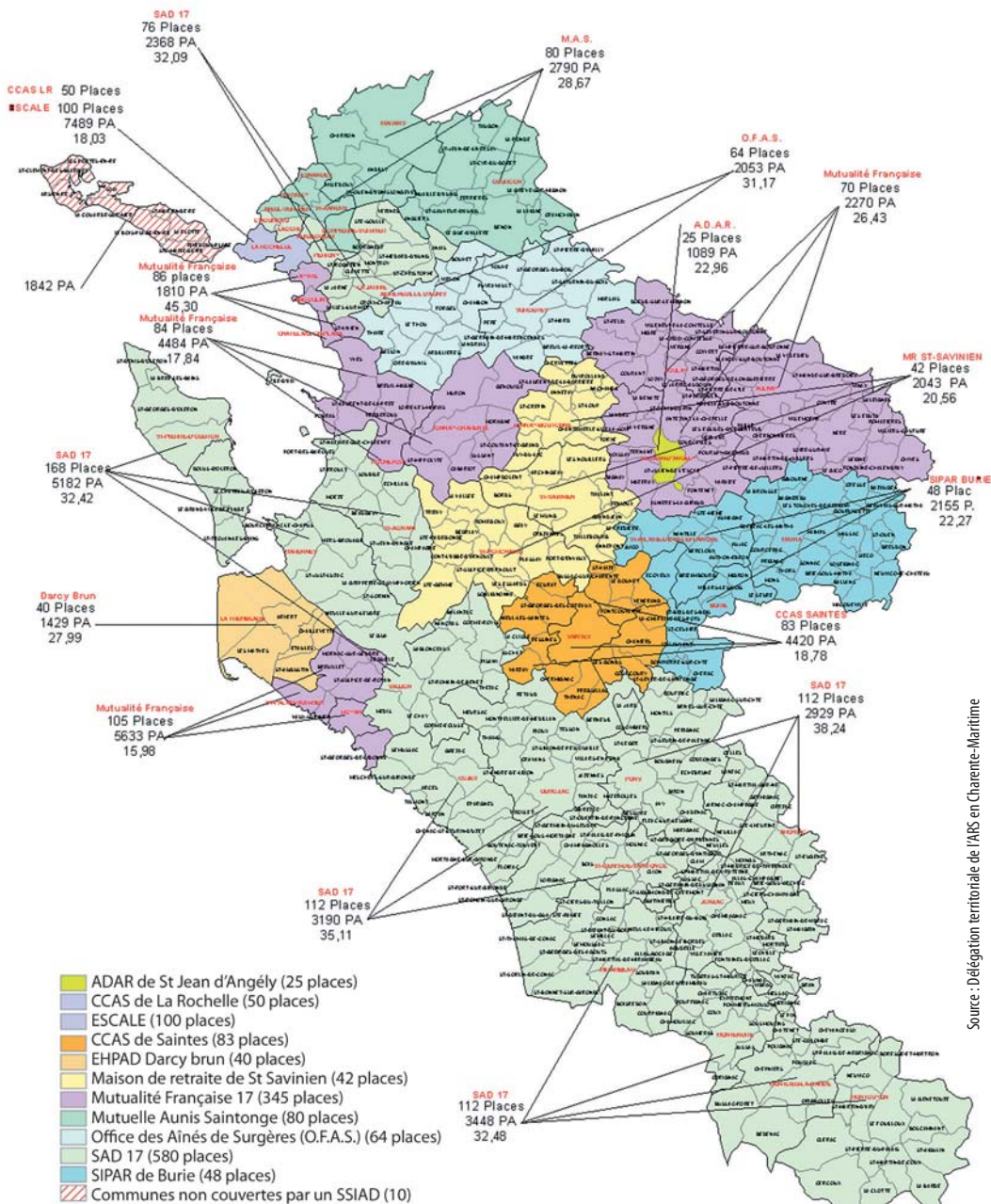
En 2004, 10 services géraient 908 places pour un total de 58 130 personnes de 75 ans et plus. En 2009, 11 services gèrent 1 457 places pour un total de 67 091 personnes âgées de 75 ans et plus.

Ainsi, entre 2004 et 2009, le nombre de places a augmenté de + 60,4 %. Cette augmentation a été particulièrement importante entre 2004 et 2007 (+ 44 %).

Les capacités des SSIAD se sont donc développées entre 2004 et 2009. Ainsi, en 2004, les SSIAD offraient 15,62 places pour mille personnes âgées de 75 ans et plus, taux qui était inférieur à la moyenne nationale (16,93). En 2009, ce taux est de 21,7 places pour 1 000 personnes (à noter la moyenne nationale était de 20,2 places pour 1 000 personnes âgées de plus de 75 ans en 2008).

DÉPARTEMENT DE LA CHARENTE-MARITIME

ZONE D'INTERVENTION DES SERVICES DE SOINS À DOMICILE (S.S.I.A.D) AU 1^{ER} JUILLET 2009



Total Places au 01/07/2009 = 1 457

Limites Cantons

CGARS D'ARTOGRAPHIE
 3487 0089
 (06) 61 02 88 99

Source : Délégation territoriale de l'ARS en Charente-Maritime

RATIO NATIONAL = 16,93 Places/1000 PA (75 ans et plus)
 RATIO REGIONAL = 17,00 Places/1000 PA (75 ans et plus)
 RATIO DÉPARTEMENTAL = 18,78 Places/1000 PA (pour 64 429 PA de 75 ans et plus)

Le **GIR Moyen Pondéré (GMP) pour les SSIAD** s'élève en moyenne, à **720,363** en 2009 alors qu'il était de **715,50** en 2004, ce qui traduit une **augmentation du niveau de dépendance prise en charge par ces services.**

b/ Un niveau de couverture médicale légèrement inférieur à la moyenne nationale mais supérieur à la moyenne régionale

Sur l'ensemble de la région Poitou-Charentes, les infirmiers exerçant à titre libéral ou salarié au 1^{er} janvier 2008 sont au nombre de 12 225. Ils se répartissent de la façon suivante entre les différents départements de la région : 2 158 en Charente, 2 403 en Deux-Sèvres, 3 820 en Charente-Maritime et 3 844 dans le département de Vienne (Source : STATISS 2009).

Les infirmiers exerçant en Charente-Maritime représentent donc 31 % de l'ensemble des infirmiers de la région sachant que le département compte 37,75 % de la population âgée de plus de 60 ans en Poitou-Charentes en 2008.

Avec une densité de 289 médecins pour 100 000 habitants, la région Poitou-Charentes dispose d'un niveau de couverture légèrement inférieur à la moyenne nationale, qui est de 312.

Toutefois, des disparités existent entre les départements.

Densité et âge des professionnels médicaux en activité totale

	PSDC	Densité générale pour 100 000 habitants	Âge (moyenne)
Charente	360 170	259	52
Charente-Maritime	616 708	301,9	51
Deux-Sèvres	371 747	239,4	51
Vienne	430 231	336,6	50
Poitou-Charentes	1 788 856	288,6	51
Métropole	62 809 976	312	51

NB : PSDC = Population Sans Double Compte

Source : Atlas de la démographie médicale en région Poitou-Charentes

La densité générale des professions médicales en Charente-Maritime s'élève à 301,9, ce qui la place derrière la Vienne (336,6) et à un niveau inférieur à la densité moyenne nationale.



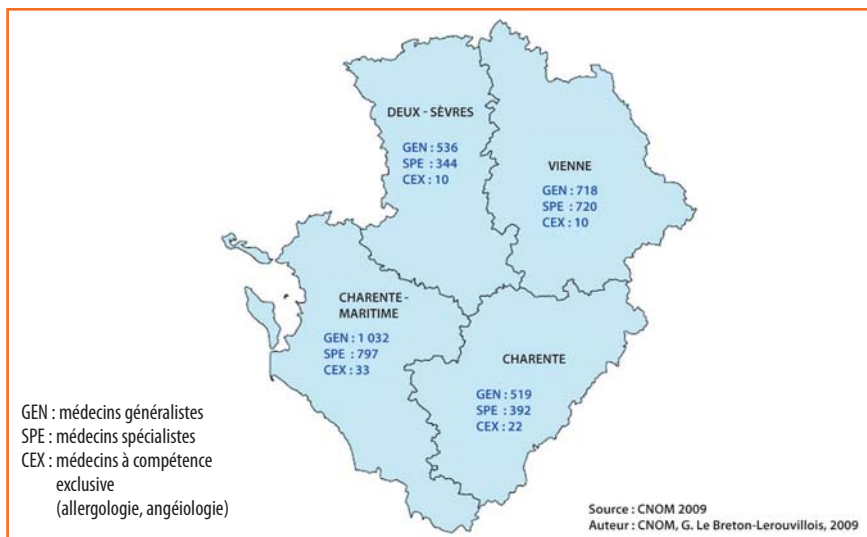
Densité, moyenne d'âge et part des 55 ans et plus chez les médecins généralistes libéraux

	Densité pour 100 000 habitants	Âge (moyenne)	> ou = 55 ans
Charente	92,7	53	48 %
Charente-Maritime	112	51	42 %
Deux-Sèvres	83,4	52	45 %
Vienne	99,5	51	41 %
Poitou-Charentes	99,1	52	44 %
Métropole	90,7	52	42 %

Source : Atlas de la démographie médicale en région Poitou-Charentes

Par contre, en ce qui concerne les médecins généralistes libéraux, on constate que la Charente-Maritime est le département qui se distingue par la plus forte densité (112), supérieure aux autres départements de la région Poitou-Charentes mais également à la densité moyenne nationale (90,7).

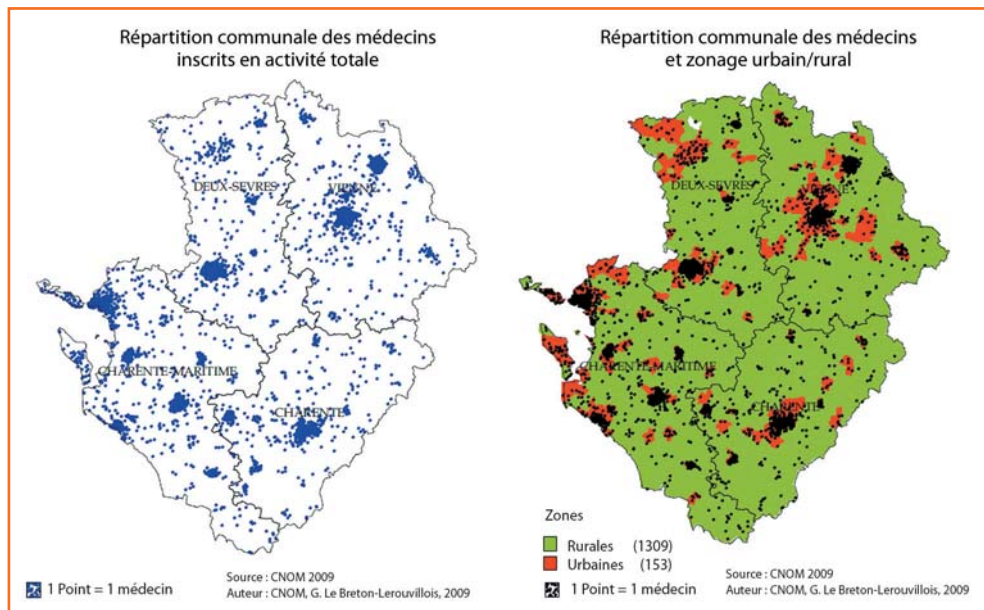
Effectifs des médecins inscrits au tableau de l'ordre à l'échelle départementale



Sur l'ensemble de la région Poitou-Charentes, les médecins inscrits en activité totale (médecins temporairement sans activité, médecins remplaçants et médecins en activité régulière) sont au nombre de 5 133.

La Charente-Maritime rassemble 1 862 médecins, dont 1 032 médecins généralistes, 797 spécialistes et 33 professionnels à compétence exclusive (allergologie, angiologie), ce qui représente 36,27 % des effectifs totaux. Les médecins en activité régulière (activité régulièrement exercée dans un même lieu) sont au nombre de 1 732.

Répartition des médecins et zonage urbain/rural à l'échelle de la commune



Source : Atlas de la démographie médicale en région Poitou-Charentes

On constate une forte concentration de médecins près des grandes villes de la Charente-Maritime (La Rochelle, Saintes, Royan...). Dans les zones rurales, les médecins sont géographiquement plus dispersés.

Le nombre de places en Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) a augmenté depuis le précédent schéma, permettant au département de la Charente-Maritime d'être aujourd'hui correctement équipé par rapport à d'autres départements.

Cependant, les professionnels de santé sont répartis de façon inégale sur l'ensemble du département au détriment des personnes âgées notamment domiciliées en zones rurales.



2.9 - L'organisation et la coordination de l'offre médico-sociale

a/ Une consultation relativement stable du centre d'information départemental sur l'hébergement des personnes âgées (CIDHPA)

Le centre d'information départemental sur l'hébergement des personnes âgées (CIDHPA) est géré par la direction de l'autonomie du Conseil général et a pour mission de renseigner les personnes âgées ou leur représentant sur les différentes structures de prise en charge, sur les places disponibles en établissements, sur les droits des personnes âgées...

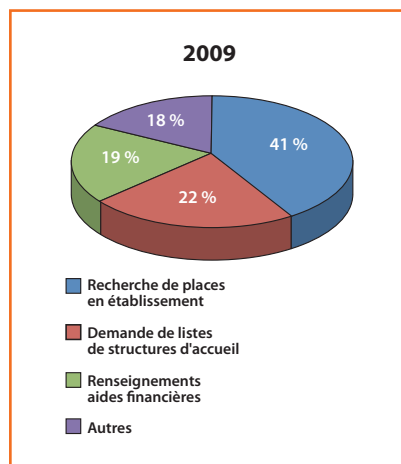
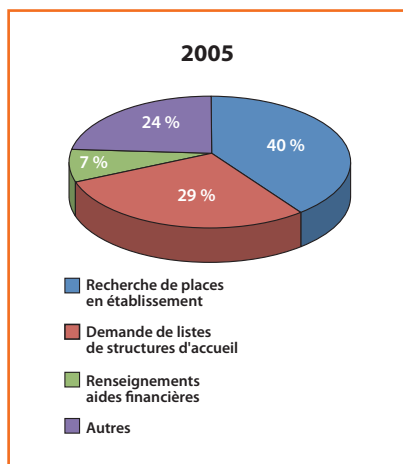
Appels du CIDHPA comptabilisés de 2007 à 2009

	En 2007	En 2008	En 2009
Nombre total d'appels	1 036	1 007	1 070
Évolution 2007-2009			3,28 %

Source : CG17

Le nombre total d'appels passés au CIDHPA reste relativement stable d'année en année (+ 3,28 % entre 2007 et 2009 mais un peu moins en 2008).

Statistiques téléphoniques du CIDHPA en 2005 et en 2009



Source : CG17

Entre 2005 et 2009, on constate que la part des appels concernant une demande de place en établissement est restée stable (- 1 point).

La part des appels concernant des listes de structures d'accueil a diminué de façon plus flagrante entre ces deux dates (- 7 points).

La diminution la plus nette se situe dans la catégorie « Autres » (relevant notamment le nombre de plaintes et tout autre type de demande, telle que la recherche d'un parent placé en établissement, une demande concernant une dérogation d'âge, des questions sur le handicap, les coordonnées téléphoniques d'autres organismes sociaux...) qui a diminué de 6 points, passant de 24 % à 18 % des appels.

À l'inverse, les demandes de renseignements pour des aides financières ont beaucoup augmenté, passant de 7 % des demandes en 2005 à 19 % en 2009, témoignant de préoccupations fortes liées au contexte de crise.

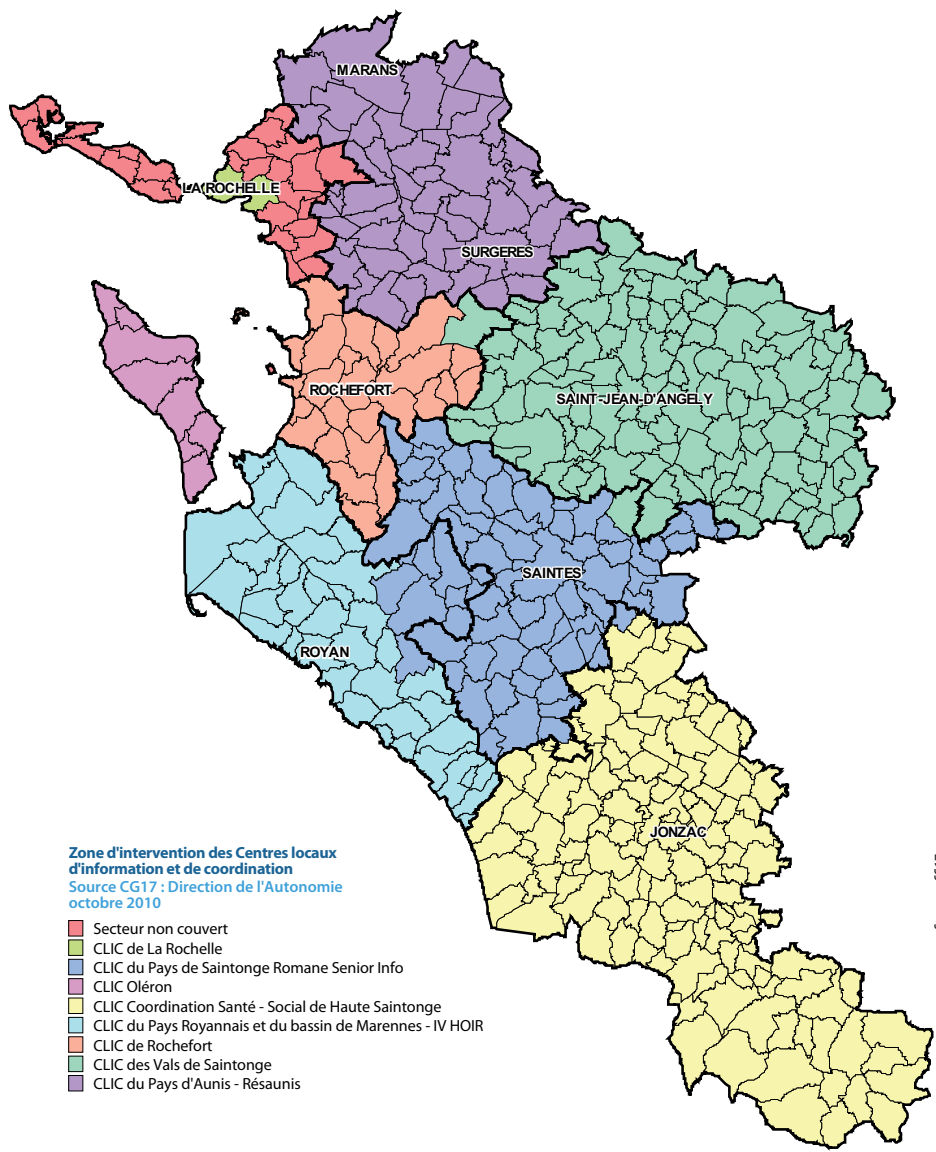
b/ Un niveau d'activité contrasté entre les différents centres locaux d'information et de coordination (CLIC)

Depuis la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001, **les centres locaux d'information et de coordination (CLIC)** se situent sur les différents secteurs du Département comme des plates-formes d'information du public et de coordination de l'action gériatologique. Ils sont actuellement au nombre de 8 et ont tous un label de niveau 1 (missions d'accueil, d'écoute, d'information, de conseil et de soutien aux familles). Ils couvrent la quasi-intégralité de la Charente-Maritime (en dehors de l'agglomération de La Rochelle et de l'île de Ré).

Les CLIC sont « un guichet » d'information, d'accueil de proximité, de conseil et d'orientation, d'évaluation des situations d'aide, de mise en place des aides nécessaires correspondant au projet de vie de la personne. Ils s'adressent aux personnes âgées de 60 ans et plus et à leur entourage. Ils permettent de rassembler les informations, d'évaluer les situations, de mobiliser les ressources pour apporter des réponses adaptées aux besoins des personnes âgées dans leur vie quotidienne en lien avec le réseau naturel de la personne âgée, avec les professionnels sanitaires, sociaux et médico-sociaux.



ZONE D'INTERVENTION DES CENTRES LOCAUX D'INFORMATION ET DE COORDINATION



Zone d'intervention des Centres locaux d'information et de coordination
Source CG17 : Direction de l'Autonomie
octobre 2010

- Secteur non couvert
- CLIC de La Rochelle
- CLIC du Pays de Saintonge Romane Senior Info
- CLIC Oléron
- CLIC Coordination Santé - Social de Haute Saintonge
- CLIC du Pays Royannais et du bassin de Marennes - IV HOIR
- CLIC de Rochefort
- CLIC des Vals de Saintonge
- CLIC du Pays d'Aunis - Résaunis

Source : CG17

Le Conseil général de la Charente-Maritime finance 1,5 ETP par CLIC (pour la coordination et le secrétariat), mais ces derniers peuvent bénéficier de temps d'intervention complémentaires payés par d'autres partenaires tels que le Pays, le Centre Communal d'Action Sociale (ce que révèle le détail des effectifs ci-dessous).

Les CLIC réalisent essentiellement deux types d'action :

- une activité d'accueil, d'information, de coordination individuelle;
- des actions collectives relatives notamment à la prévention dans le domaine de la santé, à l'organisation de groupes de parole (aide aux aidants), d'animations intergénérationnelles ou d'activités dans le cadre de la semaine nationale des retraités et des personnes âgées (dite Semaine Bleue).

Les éléments figurant ci-dessous sont issus des statistiques 2009 fournies par les CLIC dans le cadre de leurs rapports d'activité annuels et donnent parfois lieu à des appréciations différentes suivant les organismes. Il convient de préciser que chaque sollicitation par courrier ou courriel, par téléphone ou lors d'une visite au CLIC est enregistrée sous la forme d'une fiche de contact, qui est donc un indicateur de l'activité d'accueil, d'information et d'orientation des CLIC. 50 à 70 % des demandes émanent essentiellement de la personne âgée elle-même ou de sa famille.

D'autres éléments plus qualitatifs, portant notamment sur la coordination, figurent dans la partie 3 « bilan du précédent schéma ».

En 2009,

- **Le CLIC de La Rochelle** compte un temps de travail total de 1,70 ETP et couvre une population de 77 196 habitants. Il a répondu à 934 demandes. Le nombre de fiches de contact a baissé de 5 % entre 2007 et 2009.
- **Le CLIC du Pays Rochefortais** compte un temps de travail total de 2,80 ETP pour une population de 62 796 habitants. 2,72 ETP sont consacrés aux actions individuelles (dont 1,12 ETP pour l'accueil) et 0,08 ETP aux actions collectives. Le CLIC a répondu à 721 sollicitations. Le nombre de fiches de contact a augmenté de 54 % entre 2007 et 2009.
- **Le CLIC du Pays de Saintonge Romane** compte un temps de travail de 1,61 ETP pour une population de 79 702 habitants. 0,94 ETP sont consacrés aux actions individuelles (dont 0,47 ETP pour l'accueil), 0,17 ETP aux actions collectives, 0,5 ETP à la gestion administrative. Le CLIC a répondu à 1 492 sollicitations. Le nombre de fiches de contact a augmenté de 35 % entre 2007 et 2009.
- **Le CLIC d'Oléron** compte un temps de travail total de 1,37 ETP pour une population de 20 991 habitants. 0,9 ETP sont consacrés aux actions individuelles (dont 0,3 ETP à l'accueil), 0,29 ETP aux actions collectives, 0,18 ETP à



la gestion administrative. Le CLIC a répondu à 1 317 sollicitations. Le nombre de fiches de contact a augmenté de 71 % entre 2007 et 2009.

- **Le CLIC du Pays Royannais et du Bassin de Marennes** compte un temps de travail total de 2,50 ETP pour une population de 86 006 habitants. 2,25 ETP sont consacrés aux actions individuelles (dont 0,25 ETP à l'accueil), 0,15 ETP aux actions collectives, 0,1 ETP à la gestion administrative. Le CLIC a répondu à 2 936 sollicitations. Le nombre de fiches de contact a augmenté de 17 % entre 2007 et 2009.
- **Le CLIC de Haute Saintonge** compte un temps de travail total de 1,40 ETP pour une population de 65 185 habitants. 0,7 ETP sont consacrés aux actions individuelles (dont 0,6 ETP à l'accueil), 0,4 ETP aux actions collectives, 0,3 ETP à la gestion administrative. Le CLIC a répondu à 625 sollicitations. Le nombre de fiches de contact a augmenté de 20 % entre 2007 et 2009.
- **Le CLIC des Vals de Saintonge** compte un temps de travail total de 1,75 ETP pour une population de 51 682 habitants. 0,53 ETP sont consacrés aux actions individuelles (dont 0,45 ETP à l'accueil), 0,61 ETP aux actions collectives, 0,61 ETP à la gestion administrative. Le CLIC a répondu à 194 sollicitations. Le nombre de fiches de contact a augmenté de 34 % entre 2007 et 2009.
- **Le CLIC du Pays d'Aunis** compte un temps de travail total de 1,5 ETP pour une population de 61 058 habitants. 0,25 ETP sont consacrés aux actions individuelles (dont 0,1 ETP à l'accueil), 0,1 ETP aux actions collectives, 1,15 ETP à la gestion administrative. Le CLIC a répondu à 633 sollicitations.

Parmi les principaux motifs des appels aux CLIC en 2009, on dénombre :

- entre 28 et 49 % de demandes sur la vie à domicile (en particulier des informations sur les services d'aide à domicile) ;
- entre 14 et 30 % d'appels relatifs à des questions sur le droit (en particulier l'APA et les démarches administratives et juridiques, décès) ;
- entre 7 et 16 % de demandes concernant les structures d'accueil pour personnes âgées (en particulier concernant les EHPAD) ;
- 7 % d'appels sur l'offre de soins.

Les autres appels concernent des informations au sujet d'actions collectives de prévention et d'éducation, des informations sur le CLIC, des recherches d'emploi...

Au-delà de ces données quantitatives, tous les CLIC ne jouent pas un rôle d'animation locale en partenariat avec les autres acteurs du secteur. Certains n'interviennent pas non plus de façon homogène sur l'ensemble de leur territoire. En cela, la réponse apportée par certains CLIC au cahier des charges, élaboré par le Conseil général, se révèle parfois partielle.

Par ailleurs, certains CLIC se doublent d'un **réseau gérontologique**.

Le réseau constitue la réponse organisée d'un ensemble de professionnels et/ou de structures, à un ou des problèmes de santé précis, prenant en compte les besoins des individus et les possibilités de la communauté. Le réseau de santé gérontologique s'adresse prioritairement à des personnes de 70 ans et plus, souhaitant rester ou retourner à leur domicile, souffrant de plusieurs pathologies chroniques invalidantes à l'origine de dépendance physique et/ou psychique, ou se trouvant dans une situation de rupture socio-sanitaire, ou encore souffrant de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée. Le réseau permet aux personnes concernées de bénéficier d'une prise en charge correspondant le mieux à leurs besoins de santé et médico-sociaux, si possible au domicile.

Les CLIC et les réseaux de santé gérontologique travaillent en étroite collaboration.

Les premiers interviennent sur l'information individuelle et l'organisation d'actions collectives. Les seconds privilégient la coordination et le suivi médico-social des personnes âgées.

Les différents réseaux gérontologiques, financés et évalués par l'Agence Régionale de Santé sur le département, sont les suivants (informations tirées des rapports d'activité 2009) :

L'association Coordination Santé-Social de Haute Saintonge porte un réseau depuis 2000. Il est aussi CLIC de niveau 1. Il couvre l'ensemble du Pays de Haute-Saintonge, soit 133 communes. L'effectif moyen de la population prise en charge en 2009 est de 365 pour un total de 173 professionnels libéraux adhérents au réseau (en particulier médecins généralistes, infirmiers et pharmaciens).

L'association Relance a été un réseau de santé ouvert à tous publics, jusqu'en février 2009. Depuis cette date, il s'est spécialisé à la demande de son financeur en direction des personnes âgées. Le réseau gérontologique couvrait le canton d'Aulnay de Saintonge (soit 24 communes) jusqu'au 23 juin 2009. Son champ d'action a été étendu au Pays des Vals de Saintonge depuis le 24 juin 2009 (soit 7 cantons). Sa file active est de 94 personnes en 2009 pour un total de 48 professionnels de santé y participant (38 libéraux et 10 hospitaliers).

L'association IVHOIR (Interface Ville HOpital des Intervenants Royannais) porte le réseau gérontologique du pays Royannais et du bassin de Marennes depuis 2006. Il est aussi CLIC de niveau 1. Le réseau couvre 38 communes. Sa file active est de 264 personnes en 2009. 167 professionnels libéraux et 6 professionnels hospitaliers y participent.



L'association Resaunis Santé Social a ouvert son activité réseau gérontologique en 2009. Il est aussi CLIC de niveau 1. Le réseau gérontologique a vocation à couvrir l'ensemble des populations résidant sur le Pays d'Aunis. Le réseau n'a pas atteint les objectifs prévus en terme d'inclusion (26 patients inclus pour un prévisionnel de 59). Une montée en charge des inclusions est constatée dès le début 2010. 74 professionnels libéraux adhèrent au réseau, dont un tiers sont des médecins généralistes, un tiers des IDE, le reste étant composé de diverses catégories professionnelles.

Le nombre d'actions individuelles et collectives menées par les CLIC selon les pays ainsi que l'activité des réseaux reste très variable, en particulier selon leur historique, leur implantation et leur engagement partenarial. L'articulation entre ces structures et les Délégations territoriales du Conseil général reste à approfondir afin d'optimiser le fonctionnement de l'ensemble des dispositifs en faveur des personnes âgées.

Cette seconde partie a permis d'analyser les évolutions de la prise en charge des personnes âgées dans le département, tant d'un point de vue qualitatif que quantitatif, à domicile, en famille d'accueil ou en établissement.

Le vieillissement de la population de la Charente-Maritime constitue un enjeu majeur pour le Département. Entre les années 2004 et 2009, le nombre de personnes âgées dépendantes, à domicile et en établissement, a augmenté régulièrement.

Cette caractéristique impose un engagement fort du Département en termes de dépenses ainsi que d'adaptation, de restructuration et de coordination des établissements et services pour répondre à ces besoins accrus.

La 3^e partie de ce schéma propose de réaliser un bilan de la mise en œuvre des axes du précédent schéma permettant de synthétiser certains des éléments présentés ci-dessus et d'ouvrir sur des pistes de réflexion intéressantes dans le cadre de la mise en œuvre du Schéma départemental 2011-2016.

→ **CHAPITRE N° 3**
Bilan du précédent schéma





La 3^e partie de ce document dresse le bilan des actions préconisées dans le cadre du précédent Schéma départemental en faveur des personnes âgées. Chaque axe du précédent schéma est ainsi étudié à partir des mêmes éléments :

- un rappel des actions préconisées dans le cadre du schéma 2004 – 2009 ;
- une évaluation de la mise en œuvre de ces actions d'un point de vue quantitatif et qualitatif ;
- la mise en lumière de pistes de réflexion ou de points à approfondir dans le cadre du Schéma départemental 2011-2016.

Les éléments contenus dans ce bilan ont été obtenus à partir :

- de l'analyse documentaire réalisée et des données étudiées et présentées notamment dans le cadre de la seconde partie du schéma ;
- d'entretiens réalisés avec les principaux partenaires impliqués dans l'accompagnement des personnes âgées sur le département ;
- de l'animation de petits groupes de travail avec les professionnels impliqués (prestataires de service, responsables d'établissements, professionnels de l'évaluation, assistants sociaux des hôpitaux, professionnels de la coordination gérontologique...) et avec des représentants des usagers (CODERPA et syndicats).

Ils ont été complétés par l'analyse et le dépouillement des questionnaires dont l'analyse complète figure en 4^e partie du présent document.

3.1 - La prévention et la coordination autour de la personne âgée

a/ Rappel des actions préconisées dans le précédent schéma

Le comité départemental de coordination gérontologique a pour vocation de fédérer les partenaires. Il s'appuie sur les réseaux locaux de coordination. Les Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC) en font partie intégrante.

- L'installation de **nouveaux CLIC** doit permettre de disposer d'un réseau local d'information, d'aide proximité, clairement identifié par les usagers comme l'endroit où s'informer.
- Ces CLIC ont vocation à être **labellisés niveau 3** (missions de niveau 1, missions d'évaluation des besoins et d'élaboration de plan d'aide personnalisé et missions de mise en œuvre, de suivi et d'adaptation du plan d'aide personnalisé).
- Le Conseil général souhaite également développer des **activités de prévention**, telles que des ateliers mémoire et équilibre, la diffusion d'informations

sur les pathologies invalidantes... L'ensemble des campagnes de prévention menées par la Caisse nationale d'assurance-maladie, la Caisse nationale d'assurance vieillesse, l'institut national de prévention et d'éducation pour la santé sera relayé.

- Le Conseil général souhaite s'appuyer sur les **réseaux locaux** pour recenser les besoins des personnes âgées en matière de logement et mobiliser les partenaires financiers dans cette optique.
- Enfin, le Conseil général souhaite **mieux articuler** la médecine hospitalière avec le secteur médico-social, travailler en réseau avec la médecine de ville et renforcer l'accès à des soins de proximité.

b/ Évaluation de la mise en œuvre de ces actions

Bilan quantitatif (cf. bilan détaillé dans le chapitre 2.9)

- Le précédent schéma gérontologique répertorie six CLIC couvrant 50 % de la surface du département. En 2010, la Charente-Maritime compte **huit CLIC** couvrant la quasi-intégralité du département (sauf l'agglomération de La Rochelle et l'île de Ré). Tous sont de niveau 1.
- 4 CLIC ont été mis en place depuis 2004, le dernier datant de 2009 (pays d'Aunis).
Les CLIC ont des effectifs alloués en fonction de la population qu'ils doivent couvrir.
L'analyse de leur activité est détaillée dans la deuxième partie de ce document (cf. chapitre 2.9).
- 4 réseaux gérontologiques sont aujourd'hui présents sur le département (RESAUNIS, RELANSE, IHVOIR, Coordination Santé-Social de Haute Saintonge). Ils étaient deux en 2004. Leur activité est décrite dans le chapitre 2.9.
- L'ensemble du département n'est pas couvert par des réseaux gérontologiques.
- Le **CIDHPA** tient à jour la liste des places disponibles en établissement pour personnes âgées et appelle chaque mois pour effectuer un bilan. Il permet de renseigner et d'orienter les personnes en central, de signaler les maltraitances... Ainsi, en 2008, 432 appels avaient pour objet une demande de places disponibles ; en 2009, 569 appels correspondaient au même thème.

Bilan qualitatif

- L'objectif consistant à cadrer l'existant et à étendre la couverture géographique a été atteint. Toutefois, on constate une hétérogénéité des pratiques, des



activités et des fonctionnements selon les pays. La proposition du passage d'un niveau de label 1 à un label 3 pour les CLIC n'a finalement pas été suivie d'effet.

- Les CLIC se font à la fois le **relais de politiques de partenaires et mettent en place des actions**, notamment sur les maladies invalidantes. Ainsi, chaque CLIC mène une action en rapport avec la maladie d'Alzheimer (soutien des familles, rencontres Alzheimer, journées d'information...). Un CLIC a travaillé sur l'axe logement.
- Le Conseil général a mis en place un cahier des charges, des modalités claires de financement progressif en fonction de la population et un dispositif d'évaluation complété d'un rapport d'activités.
- De plus, des réunions d'échange ont été organisées entre les CLIC (réunions inter-CLIC et réunions organisées par le Conseil général deux à trois fois par an).
- En ce qui concerne la coordination et la mise en réseau (sortie d'hospitalisation, services...), certains CLIC ont développé des actions volontaires dans ce sens tandis que les autres structures indiquent n'avoir pas souhaité développer ce type d'action en l'absence de financement. Ainsi, cette articulation existe dans les 3 CLIC réseaux (pays de la Haute Saintonge, pays Royannais et pays d'Aunis).
- Une convention de coopération entre EHPAD et centres hospitaliers a été instaurée ainsi que les plans bleus.
- Une fiche de liaison a été mise en place (Dossier de Liaison d'Urgence) entre EHPAD et hôpital, mais le dispositif doit être évalué.
- Les équipes mobiles de soins palliatifs ont vocation à accompagner les personnes en fin de vie (accompagnement des équipes et programme de lutte contre la douleur). Ces équipes existent sur le département, mais elles ne sont pas encore très développées.

c/ Prolongements dans le cadre du schéma 2011-2016

- Une première piste de travail consisterait en l'instauration d'un lien plus construit entre les différents acteurs. Dans cette optique, il faudrait développer une meilleure connaissance de l'existant au niveau local, y compris par les différents partenaires (CRAM, MSA...).
- Les partenaires interrogés ont également exprimé le souhait de poursuivre des actions de prévention et sont d'accord pour développer une meilleure connaissance de l'existant au niveau local.

- La collaboration entre le secteur sanitaire et le domaine médico-social (notamment les problématiques de l'hospitalisation et du retour à domicile) est à poursuivre, notamment sur les outils de liaison domicile-hôpital.
- Une piste de travail spécifique serait la coordination des admissions en structure d'hébergement et le travail sur des procédures d'admission commune, notamment à travers un outil de suivi des places disponibles (CIDHPA).
- Dans cette optique, la place des CLIC dans ces démarches est à éclaircir. À ce sujet, une expérimentation est en cours sur le CLIC de la Haute Saintonge pour le dossier unique d'entrée en établissement.

3.2 - Les services d'aide à domicile et la professionnalisation de l'aide à domicile

a/ Rappel des actions préconisées dans le précédent schéma

Inscrits dans la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002, les services d'aide à domicile (SAD) sont assujettis au principe d'autorisation. Le développement de ces services doit reposer sur la qualification du personnel et la capacité d'adaptation aux besoins de la personne âgée.

Parmi les actions proposées par le Conseil général, relevons :

- Le souhait que le recours aux services mandataires reste exceptionnel.
- La complémentarité entre SSIAD et SAD doit être développée dans un double souci d'harmonisation.
- La coordination avec les autres services doit être recherchée.
- La structuration des SAD passe par la formation du personnel d'encadrement, par sa professionnalisation : cet objectif s'inscrit notamment dans le contexte de la mise en œuvre de l'autorisation et des agréments qualité pour les SAD.
- Le développement de la bientraitance à domicile est également mis en avant.

b/ Évaluation de la mise en œuvre de ces actions

Bilan quantitatif

- On dénombre 247 services à la personne agréés par la direction du travail en Charente-Maritime (au 19 janvier 2010).
Sur ces services, 86 ont un agrément qualité et 161 ont un agrément simple.



Sur 86 services disposant d'un agrément qualité, 80 offrent un service « assistance aux personnes âgées » et 77 offrent un service « accompagnement-promenade des personnes âgées » (avec une structure ayant un agrément simple). La plupart offrent ainsi les deux types de services.

- En 2009, 11 **SSIAD** gèrent 1 457 places. Ainsi, entre 2004 (908 places) et 2009, le nombre de places a augmenté de 60,4 %.

L'aide à domicile aux personnes âgées du Conseil général est surtout composée d'APA à domicile en nature (95 % de l'aide à domicile).

- Le reste se décompose de la façon suivante :
 - l'aide ménagère (pour les personnes en GIR 5 ou 6 bénéficiaires de l'aide sociale) compte pour 2 %,
 - le portage de repas pour 2 %,
 - la téléassistance pour 1 %.
- **Le nombre moyen d'heures attribuées par bénéficiaire pour les services d'aide à domicile** a connu une légère baisse (de -3 %) entre 2007 et 2009. Il est ainsi passé de 24,09 heures en 2007 à 23,35 heures en 2009. Par contre le nombre total d'heures consommées a augmenté de + 6 % sur cette même période, passant de 1 431 655 heures en 2007 à 1 518 065 heures en 2009.
- En 2009, 528 personnes bénéficient d'un **portage de repas**, soit 6 % des bénéficiaires de l'APA. Elles ont entre 80 et 89 ans et vivent généralement seules (68 %). Entre 2004 et 2010, le service de portage de repas a continué de se développer, passant de 25 à 28 services.

- 15 % des bénéficiaires de l'APA ont recours à la **téléalarme**. Sur ces 1 283 personnes, 83 % sont des femmes. 24 % de cette population est en GIR 3 et 62 % en GIR 4. Les 80-89 ans et 90-99 ans représentent respectivement 60 % et 20 % de la population ayant une téléalarme. Entre 2004 et 2010, le nombre de services de téléalarme est passé de 15 à 23 services.

Les besoins sont globalement couverts bien que la zone géographique soit très étendue.

Entre 2004 et 2009, le nombre de bénéficiaires de **l'aide ménagère** a diminué de 19,65 %, passant de 341 à 274. Les dépenses d'aide ménagère ont également diminué de 12,83 %, passant de plus de 828 000 euros en 2004 à environ 722 000 euros en 2009.

- La part du mandataire et du gré à gré n'est pas **devenue exceptionnelle**, même si la part du mandataire s'est relativement réduite.

En 2005, la part du gré à gré s'élevait à 20,4 % du nombre d'aides attribuées dans les plans d'aide. En 2007, elle était de 19,7 %. En 2009, elle atteignait 19,6 %.

La part du mandataire était de 15,8 % en 2005 et de 13,6 % en 2007. En 2009, elle avait diminué de nouveau, pour atteindre 10,9 % en 2009.

Le mode prestataire reste ainsi majoritaire avec environ 69,5 % du nombre d'aides attribuées dans les plans d'aide en 2009 (cette part était de 63,8 % en 2005).

La **Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA)** a notamment pour mission de contribuer au financement de l'accompagnement de la perte d'autonomie des personnes âgées, à domicile et en établissement, dans le respect de l'égalité de traitement des personnes concernées sur l'ensemble du département. Entre 2005 et 2009, le montant total des **subventions distribuées par la CNSA s'élève à 1 967 774 €**. Les demandes de cofinancement ont majoritairement porté sur la modernisation du service qui comprend notamment le matériel informatique, les logiciels informatiques et les formations à leur utilisation, le mobilier et la démarche qualité.

Bilan qualitatif

- Pour définir ses attentes par rapport aux prestataires de services à domicile, le Conseil général s'est inspiré du cahier des charges des services à la personne (de novembre 2005) qui prévoit la qualification du personnel d'intervention et d'encadrement et l'application du code de l'action sociale et des familles avec la nécessité d'un diplôme de niveau 2 pour les directeurs. Néanmoins, ces mesures sont principalement incitatives et non contraignantes.

Le Conseil général a réalisé un travail très important d'autorisation et/ou d'émission d'avis quant aux agréments qualité de tous les services prestataires. Les services ont ainsi été incités à une meilleure qualification de leur personnel et à une continuité de la prise en charge des personnes âgées sept jours sur sept.

- Parallèlement, le Conseil général a travaillé à l'élaboration d'un tarif spécifique pour chaque type de service et à une tarification globale annuelle pour chaque structure de services.
- Des contrôles orientés sur le financement mais aussi sur les aspects qualitatifs ont débuté en 2009 (6 contrôles réalisés pour 45 services autorisés). Un plan de contrôle a également été mis en place et planifié sur les prochaines années.



- Le Conseil général s'appuie également sur les fédérations (et les audits réalisés par celles-ci) et les processus de certification.
- Sur le thème de la **bientraitance**, l'accent a été mis sur la formation du personnel encadrant intermédiaire et des aides à domicile. Ils ont ainsi été formés sur la prise en charge juridique.
Une procédure d'alerte existe au sein de la plupart des structures permettant à chaque intervenant de savoir à qui il doit s'adresser pour signaler une situation de danger.
- La **formation** des personnels a été prise en charge par les OPCA, l'EDEC (pour les associations), la Région (contrat d'objectif territorial) dans le cadre de formations qualifiantes (VAE...).
Pour les établissements publics, la CNSA organisait jusqu'à présent les formations et soutenait également tous les services. À l'avenir, ces dossiers devraient être instruits par les Conseils généraux. Pour 2008, cette enveloppe représentait 338 589 €.
- Le taux de professionnalisation du personnel a été fixé par le Conseil général entre 30 et 40 % des effectifs, dans un souci de rentabilité pour les services à domicile. Ce niveau est désormais atteint.
- La **complémentarité entre SAD et SSIAD** s'est également développée. 5 services se sont ainsi rapprochés sur la période pour former notamment des services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD). Il s'agit de projets proposés par les acteurs locaux qui souhaitaient s'inscrire dans une plate-forme SAD-SSIAD voire EHPAD – SAD – SSIAD. Il s'agit d'un souhait encore relativement récent, qu'il faudra probablement continuer à encourager dans le cadre du prochain schéma gérontologique.

c/ Prolongements dans le cadre du schéma 2011-2016

- Il n'existe pas encore de partage des outils d'évaluation des besoins, tel que cela était envisagé par le précédent schéma.
- Au vu des difficultés financières de la plupart des services et de gouvernance de certains d'entre eux, une réflexion autour du regroupement et de la mutualisation de structures, de personnels et d'outils / moyens devient de plus en plus nécessaire.
- Ainsi, les structures de services sont en train de mettre en place un **groupement de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS)** ouvert également au secteur sanitaire, pour mutualiser leurs moyens. C'est un travail à très long terme et les avancées se font très lentement.

- Au-delà, la nécessité d'une réflexion sur la prise en charge et la réponse aux besoins en matière de service la nuit et les week-ends est prégnante.
- Pour les structures intervenant à domicile, des difficultés sont rencontrées dans la mise en place de temps pleins de travail pour les personnels, car les personnes âgées sont principalement demandeuses d'interventions le matin. Il est donc nécessaire de trouver d'autres activités pour les personnels toujours en relation avec l'accompagnement des personnes âgées.
- La réflexion sur la professionnalisation et la bientraitance dans les structures de service doit être poursuivie.
- Les technologies évoluant, d'autres pistes pourraient également être étudiées dans l'évaluation et le repérage des besoins en matière de portage de repas, de téléassistance, à l'instar de la domotique et de la géolocalisation.

3.3 - L'accueil familial

a/ Rappel des actions préconisées dans le précédent schéma

Une des particularités du département de la Charente-Maritime est de proposer une autre possibilité que le placement en établissement grâce au **développement de l'accueil familial**.

- La priorité du précédent schéma a été la professionnalisation et la formation des accueillants familiaux.
- Le Conseil général a également souhaité développer le nombre de places proposées en accueil familial.

b/ Évaluation de la mise en œuvre de ces actions

Bilan quantitatif

- Entre 2004 et 2009, le nombre d'accueillants familiaux est passé de 276 à 216, ce qui représente une diminution de 21,74 %.
- Quant au nombre de places agréées en familles d'accueil, il a également diminué. En 2004, le nombre de places s'élevait à 537 ; il est de 444 en 2009, soit une baisse de 17,32 %.
- Cette diminution s'explique par une actualisation du niveau de l'offre au moyen d'une politique renforcée de contrôle, de développement de la qualité et de formation. Ainsi, certaines personnes, compte tenu de leur âge, n'ont pas



souhaité se former. Pour d'autres, le niveau d'exigence les a conduits à ne pas demeurer accueillants familiaux.

Le Conseil général a la volonté de développer et de renforcer la bientraitance et la qualité dans l'accueil familial.

- L'accueil familial est important en milieu rural. Ainsi, en retenant les trois pays les plus ruraux (Haute Saintonge, Aunis et Vals de Saintonge), on dénombre 130 accueillants familiaux sur 216, ce qui représente une part de 60 %. Quant au nombre de places agréées, il est de 268, ce qui représente également une part de 60 %.

Bilan qualitatif

- Le dossier d'agrément (2007) a été restructuré et inclut un projet d'accueil que doit rédiger l'accueillant familial. Il s'agit ainsi de formaliser un projet professionnel.
- Une formation de 30 heures, organisée par le Conseil général, concerne principalement les nouveaux accueillants agréés. Elle est complétée par des journées thématiques.
- Les plaquettes d'information (2008) « devenir accueillant pour personnes âgées » et « être hébergé en accueil familial » ont été réactualisées.
- Le Conseil général a également mis l'accent sur le développement d'outils d'évaluation, d'agrément et de contrôle travaillés au niveau des délégations territoriales pour systématiser les évaluations / agréments / contrôle.
- Une culture commune se construit par l'échange sur les dossiers en commission, où toutes les Délégations territoriales sont représentées et évaluent ensemble les situations.
- Dans l'ensemble, on constate une réelle demande pour un hébergement en accueil familial, puisque 30 % des personnes âgées à domicile interrogées dans le cadre de ce schéma ont indiqué leur intérêt pour ce type de prise en charge.
- Le nombre de familles a certes diminué mais cette démarche s'inscrit dans une politique de contrôle, de qualité et de formation.
- Cette démarche s'inscrit également dans la lignée du décret du 30 décembre 2004 qui précise aux particuliers, qui proposent d'accueillir des personnes âgées ou handicapées, les modalités et les délais d'instruction de la demande d'agrément.

c/ Prolongements dans le cadre du schéma 2011-2016

- Parmi les outils d'évaluation, un guide de procédures partagé reste à élaborer.
- Les accueillants familiaux sont parfois **remplacés temporairement** (lors des vacances...) par des personnes non agréées (en raison d'un problème de coût ou de disponibilité de ces personnes). La perspective de leur professionnalisation ou à tout le moins de leur formation se pose.
- Un protocole de signalement des situations de maltraitance en établissement, à domicile ou en accueil familial est à construire, sur le modèle de celui réalisé pour l'enfance.
- Dans l'attente d'éventuelles modifications par le législateur sur le sujet, il existe des volontés locales et de certains promoteurs pour mettre en place des développements innovants (regroupements de plusieurs accueillants familiaux, accueil familial « libéral »...).
- D'autres perspectives existent : regroupement de familles d'accueil, des familles d'accueil relais...

3.4 - L'accueil de publics spécifiques (personnes âgées désorientées et personnes handicapées âgées)

a/ Rappel des actions préconisées dans le précédent schéma

■ *Pour les personnes désorientées*

- Le plan Alzheimer, mis en œuvre par l'intermédiaire de groupes de travail régionaux (accueil de jour et hébergement temporaire) depuis 2004, vise à améliorer la qualité de vie des personnes et de leurs proches.
- Tout établissement qui accueille des personnes désorientées doit intégrer dans son projet de vie une démarche spécifique de prise en charge.
- Le renforcement du personnel de soins (aides-soignantes et aides médico-psychologiques) est proposé dans le cadre du cofinancement de ces postes par le Département et l'assurance-maladie.
- La prise en charge sociale est réalisée par du personnel qui assure une présence permanente de jour.
- L'accueil des personnes désorientées peut aussi être proposé en hébergement temporaire ou en accueil de jour dans le cadre de l'aide aux aidants.
- Le développement de places d'accueil de jour et d'hébergement temporaire s'impose.



■ *Pour les personnes handicapées âgées*

- Le vieillissement des personnes handicapées, avec la garantie de leurs droits au-delà de 60 ans, doit être mieux analysé dans le cadre d'une politique menée par le Département en leur direction. Cet aspect sera traité dans le Schéma départemental en faveur des personnes handicapées.
- Les réponses apportées à leur situation peuvent être compétées par l'adaptation des EHPA et EHPAD, par l'octroi de moyens supplémentaires.
- Un système adapté de maintien à domicile (logement autonome) peut également être envisagé.
- L'habitat regroupé est une troisième piste.

b/ Évaluation de la mise en œuvre de ces actions

Bilan quantitatif

■ *Pour les personnes désorientées*

- **Les conventions tripartites de première et deuxième génération** comportent chacune un projet spécifique à destination des personnes désorientées.
Sur 54 établissements signataires de la première convention, 34 avaient un projet spécifique à la prise en charge des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer. Seuls 3 établissements ont pleinement atteint cet objectif; 16 l'ont partiellement atteint et 15 ne l'ont pas atteint du tout.
Dans sa convention de deuxième génération, un établissement a souhaité développer des échanges avec France Alzheimer. Elle inclut également un volet spécifique à la prise en charge des personnes psychiquement dépendantes. 21 établissements sur 54 ont formalisé un projet de prise en charge.
- Des **unités Alzheimer (UASA)** plus ou moins adaptées et sécurisées avec plusieurs alternatives (hébergement permanent, temporaire ou accueil de jour) ont été mises en place.
- En 2008, la Charente-Maritime disposait de 655 places permanentes, de 79 places d'hébergement temporaire et de 132 places d'accueil de jour pour un total de 866 places.
- En 2009, 850 places permanentes sont mises à la disposition de la population (+29,77 % par rapport à 2008), ainsi que 84 places d'hébergement temporaire (+6,32 %) et 153 places d'accueil de jour (+15,9 %), pour un total de 1 087 places (+25,2 %).
- Au 1^{er} avril 2010, 904 places permanentes sont mises à la disposition de la population (+6,35 % par rapport à 2009), ainsi que 84 places d'hébergement

temporaire et 158 places d'accueil de jour (+3,26 %), pour un total de 1 146 places (+5,42 %).

- Les CLIC ont mis en place des actions de prévention et de soutien en rapport avec la maladie d'Alzheimer et la maladie de Parkinson.

■ Pour les personnes handicapées âgées

- Deux dispositifs ont été mis en place :
 - les maisons de retraite spécialisées (MRS) non médicalisées précitées,
 - les EHPAD spécialisés qui ont conclu une convention tripartite.
- Le précédent schéma rappelle que le Conseil général a labellisé les **maisons de retraite spécialisées (MRS)**. Ce sont des établissements qui accueillent des personnes handicapées de plus de 60 ans et qui sont annexés aux structures d'accueil pour personnes handicapées où ces dernières résidaient auparavant.
- On en dénombre 10 en 2008 pour un total de 404 places (5 % des places sont en EHPAD). En 2009, le nombre de MRS est le même mais le nombre de places est désormais de 380 (4,67 % des places en EHPAD).





Bilan qualitatif

■ *Pour les personnes désorientées*

- **L'hébergement temporaire** mis en place est difficile à évaluer. Par ailleurs, il n'existe pas d'hébergement temporaire spécifique, ce qui explique cette autre difficulté d'évaluation.
- **L'accueil de jour ne** fonctionne pas correctement. Ainsi, les accueils de jour de moins de 6 places vont fermer. Le coût financier ainsi que le manque d'information peuvent expliquer le relatif échec de l'accueil de jour. Un problème relatif **aux transports** pour accéder à l'accueil de jour a ainsi été identifié par la commission santé du conseil de la MSA. L'Agence Régionale de Santé verse aux accueils de jour une aide aux transports de 11 € par jour et par personne, ce qui a vocation à favoriser un meilleur accès à ces dispositifs pour les usagers. D'autres difficultés peuvent également s'expliquer par le manque de communication sur les places disponibles en accueil de jour.

■ *Pour les personnes handicapées âgées*

L'évaluation qualitative n'a pas été réalisée dans le cadre de ce schéma. La réflexion de fond à mener sur ce sujet sera abordée dans le schéma spécifique aux personnes handicapées et non dans le présent schéma s'adressant plutôt aux personnes âgées.

c/ Prolongements dans le cadre du schéma 2011-2016

■ *Pour les personnes désorientées*

La tendance est désormais à la réorganisation de l'accueil de jour au cours de l'année 2010 afin de regrouper les places. Il faudra probablement mettre en place des accueils de jour spécifiques.

- Une prestation d'aide à la mobilité et au transport auprès des personnes âgées et/ou dépendantes devrait être mise en place sur le pays de la Haute Saintonge (achat du véhicule en cours) dans la poursuite de l'action réalisée par la MSA sur les Vals de Saintonge. Toutefois, afin de rentabiliser l'emploi créé, il est essentiel de trouver d'autres services à lui adjoindre (portage de repas...). Une étude est en cours à cette fin.
- Une autre piste serait de former des familles d'accueil relais pour des personnes désorientées (idem pour les enfants handicapés) afin de permettre aux aidants de se reposer quelques jours.

Le développement de l'aide aux aidants est également un point important dans ce contexte.

■ *Pour les personnes handicapées âgées*

La question du vieillissement des personnes handicapées sera traitée dans le Schéma départemental en faveur des personnes handicapées. Actuellement, les situations sont traitées au cas par cas.

3.5 - Les structures d'accueil pour personnes âgées et la promotion de la qualité dans les établissements et les services

a/ Rappel des actions préconisées dans le précédent schéma

- En réponse à la **loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002** rénovant l'action sociale et médico-sociale, toutes les structures ont été modifiées.
 - L'ancien foyer-logement prend désormais l'appellation **EHPA**.
 - Le deuxième type d'accueil correspond aux anciennes maisons de retraite (**EHPAD**). Ils doivent offrir une prise en charge de la dépendance en hébergement permanent, qui peut être complété par de l'hébergement temporaire et de l'accueil de jour. Ils peuvent comporter une unité d'hébergement réservée à l'accueil de personnes désorientées ou d'adultes handicapés âgés. Les EHPAD ont vocation à entrer dans le processus de conventionnement tripartite qui permet d'améliorer la qualité de la prestation servie.
 - Les **petits établissements** (capacité inférieure à 25 lits et/ou GMP inférieur à 300) doivent se positionner en termes d'EHPA ou d'EHPAD.
- **La programmation pluriannuelle des équipements** (créations et restructurations) et la valorisation de l'impact financier sont privilégiées.
- Outre l'évaluation du CIDHPA, **un outil de gestion des entrées et sorties doit être développé**.
- Un **projet de dossier unique de pré-admission** en EHPAD et USLD est également prévu.
- La **démarche qualité** est mise en avant et suppose une évolution architecturale de certaines structures, un projet d'établissement précisant l'organisation collective des aides et soins ainsi que la formalisation des projets de vie individualisés, une formation des directeurs et de leurs équipes et la participation des familles.



b/ Évaluation de la mise en œuvre de ces actions

Bilan quantitatif

- La Charente-Maritime disposait au 1^{er} avril 2010 de **10 080 places autorisées en structures d'hébergement pour personnes âgées**, réparties de la façon suivante : **81,32 % en EHPAD, 12,34 % en EHPA, 4,34 % en accueil familial et 2 % en PUV et MRS et dont un tiers étaient habilitées à l'aide sociale.**
- Entre 2004 et le 1^{er} avril 2010, le nombre de places en EHPAD a augmenté de 25,61 %. **Toutes les Délégations territoriales ont connu une évolution positive**, les plus marquantes valant pour les pays d'Aunis (+ 50,68 %), de la Haute Saintonge (+ 37,22 %) et de Royan-Marennes-Oléron (+ 30,77 %).
- Par ailleurs, les EHPAD se décomposent de la façon suivante :
 - 34 établissements publics qui proposent 3 016 places (soit 37 % des places autorisées)
 - 61 établissements privés à but lucratif qui proposent 4 245 places (soit 52 % des places autorisées)
 - 16 établissements associatifs qui proposent 936 places (soit 11 % des places autorisées)
- Quant aux EHPA, leur nombre de places a diminué, de l'ordre de 21,02 %, passant de 1 575 à 1 244 places. **Au niveau infra-départemental, la situation est hétérogène** puisque les pays de La Rochelle-Ré, Rochefortais et des Vals de Saintonge ont vu leur nombre de places augmenter, de 4,17 % jusqu'à 80,49 %.
- Globalement, EHPAD et EHPA confondus, la moyenne des places pour 1 000 personnes âgées de plus de 75 ans entre 2004 et 2010 a augmenté de 1,5 points, passant de 139,36 à 140,72. Si on y ajoute les places en accueil familial et dans les autres structures (type petite unité de vie...), le ratio passe de 148,60 places pour 1 000 personnes âgées de plus de 75 ans en 2004 (sur la base du recensement de 1999) à 150,24 places en 2010 (sur la base du recensement de 2006).
- En 2008, le **taux moyen d'occupation** en hébergement permanent dans les EHPAD publics était de 96,55 % (il était de 96 % en 2007) contre 100 % dans les établissements privés associatifs (et 99,73 % en 2007). Pour l'hébergement temporaire, en 2008, ce taux était de 24,92 % dans les EHPAD publics (il était de 22,68 % en 2007) et de 100 % dans les établissements privés associatifs (de même qu'en 2007). Pour l'accueil de jour, le taux moyen d'occupation en 2008, dans les EHPAD publics, était de 24,48 % (il était de 29,92 % en 2007) contre 18,98 % dans les établissements privés associatifs (23,88 % en 2007).

Bilan qualitatif

- Un comité de pilotage de suivi des établissements associant Conseil général, DDASS, CRAM et MSA a été mis en place afin de permettre l'adoption des conventions tripartites (CT) et de revoir la structure globale des établissements. Le fonctionnement est très satisfaisant et a produit des résultats (réorganisation des établissements et signature d'une convention tripartite avec tous les établissements).
- Tous les EHPAD ont depuis signé des **conventions tripartites**. Le rythme du conventionnement est d'environ 22 conventions signées par an, sachant qu'aucune convention n'est actuellement en retard.
- 70 % des établissements bénéficient d'une convention de seconde génération.
- L'ensemble des établissements est entré dans l'une des catégories (EHPA ou EHPAD ou PUV) et a procédé à la mise aux normes correspondant à cette typologie.
- Les établissements sociaux et médico-sociaux saluent leurs bonnes relations avec les autorités de tarification (DT ARS et Département).
- Une action volontariste du Conseil général est le paiement des frais de séjour en établissement privé après 3 ans pour les personnes ne bénéficiant pas de l'aide sociale alors même que la loi ne le prévoit qu'après 5 ans.

c/ Prolongements dans le cadre du schéma 2011-2016

- Une piste de travail serait l'approfondissement de la qualité des services fournis.
- Par ailleurs, une vraie réflexion sur les logements adaptés aux personnes âgées est à développer afin de leur permettre de rester à domicile.
- Enfin, un approfondissement du dialogue entre établissements et structures de maintien à domicile, pour mieux se connaître et mieux se coordonner, est nécessaire, notamment afin d'élaborer des outils de coordination et de partage de l'information.



Le Schéma départemental
2011/2016 en faveur
des **personnes âgées**

→ **CHAPITRE N° 4**
Résultats des questionnaires





6 types de questionnaires ont également été diffusés afin de parfaire le diagnostic de la situation et l'analyse des besoins et des attentes, tant des personnes âgées que des professionnels.

Des questionnaires papier (avec des enveloppes pré-affranchies) et électroniques ont été adressés :

- aux personnes âgées en établissement ;
- aux personnes âgées à domicile ;
- aux responsables de service ;
- aux responsables d'établissement ;
- aux accueillants familiaux ;
- aux professionnels de l'évaluation.

Les questionnaires ont été diffusés entre mi-avril et fin mai 2010 pour les professionnels de l'évaluation et les responsables de services et d'établissements, jusqu'à fin juin pour les usagers à domicile, en établissement et les accueillants familiaux.

Les taux de réponse à ces questionnaires ont été très satisfaisants avec :

- près de 80 % de réponse pour les professionnels de l'évaluation (soit 30 personnes) ;
- un taux de réponse important pour les accueillants familiaux et les responsables d'établissement (respectivement 60 %, représentant 130 personnes, et 41 %, soit 66 personnes) ;
- 33 % de réponses du côté des responsables de services (soit 35 personnes) ;
- plus de 1 000 personnes âgées résidant en établissement ;
- plus de 400 personnes âgées à domicile.

Les pages suivantes présentent les synthèses des résultats de chacun de ces questionnaires.

4.1 - Les résultats de l'enquête auprès des personnes âgées vivant à domicile

a/ Les participants

Au 28 juin 2010, **419 personnes** avaient participé, très majoritairement en renvoyant le questionnaire rempli en format papier.

b/ Le profil des personnes âgées à domicile ayant répondu au questionnaire

Le questionnaire a été principalement complété par la **personne directement concernée** (55,11 %) ou par les membres de la famille (38 %).

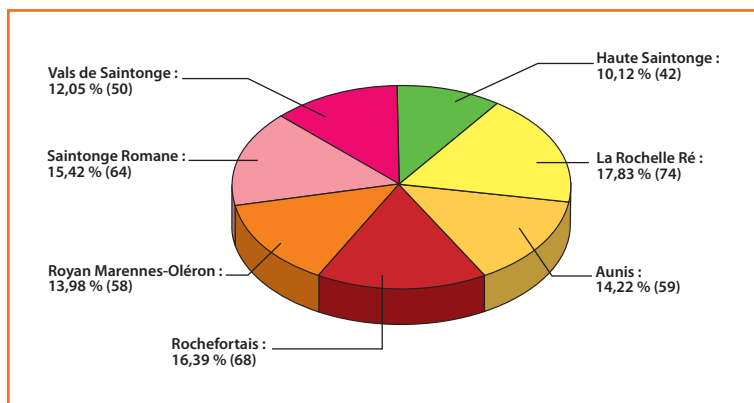
69,78 % des répondants sont des **femmes**. Plus de 71 % de ceux-ci ont **plus de 75 ans** et **55,44 % d'entre eux vivent seuls**.

Les anciens **employés** constituent la catégorie socioprofessionnelle la plus significative (près de 25 %). Les **personnes sans activité professionnelle** représentent près de 19 % et les anciens **agriculteurs exploitants** comptent pour 17,43 %.

Plus de la moitié des personnes âgées à domicile ayant répondu sont en **GIR 2 à 4** sachant que 37,38 % d'entre elles n'ont pas eu d'évaluation de leur dépendance.

Les répondants se répartissent relativement équitablement sur le secteur géographique.

6) Territoire sur lequel se situe votre lieu d'habitation





c/ La qualité de vie à domicile et le recours aux services d'aide

Pour ces personnes, la qualité de vie à domicile tient principalement en :

- la **possibilité de rester chez soi le plus longtemps possible** (34,81 %),
- la **possibilité de bénéficier de services de proximité** (23,12 %),
- la **possibilité de continuer à échanger avec d'autres personnes** (16,36 %).

Parmi les améliorations possibles de la qualité de vie à domicile, elles soulignent :

- un **médecin qui se déplace plus facilement à leur domicile** (13,86 %),
- des **professionnels médicaux et paramédicaux plus nombreux le week-end** (11,89 %),
- un **plus grand nombre de services d'aide à domicile** (10,58 %),
- une **meilleure information pour savoir à qui s'adresser en cas de nécessité** (10,21 %).

Près de 90 % trouvent des services de maintien à domicile près de chez eux et près de 75 % projettent d'y faire appel. Celles qui ne l'envisagent pas ne sont pas concernées pour le moment.

La grande majorité des personnes utilisant des services de maintien à domicile sont **très satisfaites ou satisfaites**.

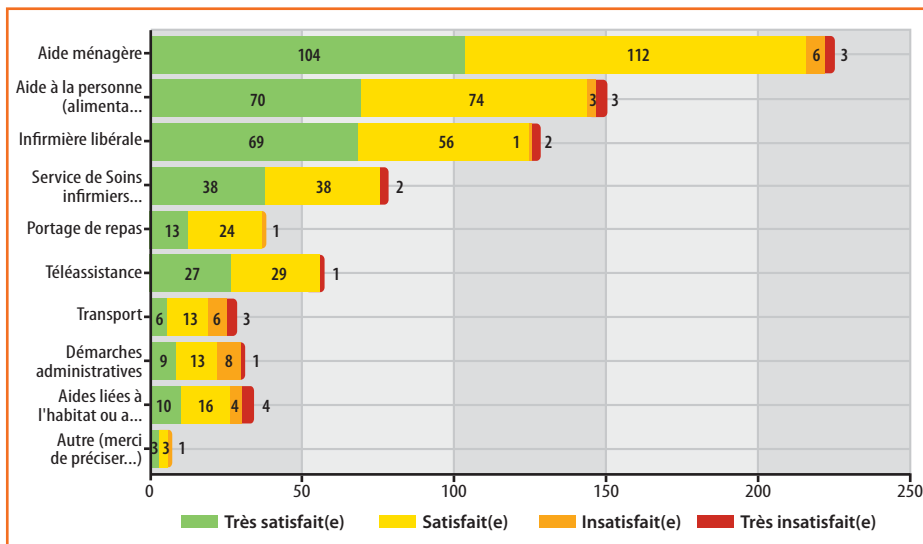
96 % de ces personnes sont **très satisfaites ou satisfaites de l'aide ménagère et de l'aide à la personne**.

Plus de 97 % le sont des **infirmières libérales, des services de soins infirmiers à domicile et du portage de repas**.

Plus de 98 % des répondants sont **très satisfaits ou satisfaits de la télé-assistance**.

Près de 68 % sont très satisfaits ou satisfaits du transport ; près de 71 % le sont de l'aide aux **démarches administratives** et plus de 76 % sont **très satisfaits ou satisfaits des aides liées à l'habitat ou au cadre de vie (petits travaux...)**.

12) Quels sont les services à domicile auxquels vous faites appel et quel est votre degré de satisfaction ? (merci de remplir uniquement les lignes correspondant aux services que vous utilisez)



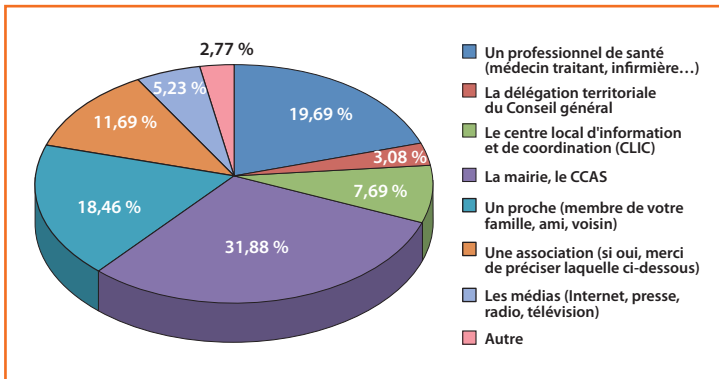
Une majorité des répondants (51,55 %) a aménagé son logement. Les principaux aménagements ont concerné la **salle de bains (24,49 %)**, les **WC (21,15 %)** et la **chambre au rez-de-chaussée (20,78 %)**.

Parmi les améliorations que les personnes âgées pensent réaliser dans le futur, celles-ci identifient notamment la **salle de bain** ou l'installation d'un **monte-escaliers**.



d/ L'avis des personnes âgées à domicile sur le dispositif de l'APA

Le dispositif de l'APA est connu par 80,6 % des personnes âgées. Elles en ont eu connaissance principalement par :



Plus de la moitié des répondants bénéficie de l'APA (52,84 %), et parmi ces bénéficiaires, 93,46 % sont très satisfaits ou satisfaits.

83,16 % sont tout à fait d'accord ou plutôt d'accord pour affirmer qu'il est **facile de trouver des informations sur l'APA.**

84,24 % sont tout à fait d'accord ou plutôt d'accord pour affirmer que **l'APA est une aide facile à demander.**

Près de 74 % sont tout à fait d'accord ou plutôt d'accord pour convenir que **l'APA est une aide facile à obtenir.**

85,93 % ont obtenu rapidement une réponse du Conseil général suite à leur demande d'APA.

79,4 % estiment qu'il est **facile de faire évoluer leur plan d'aide lorsque leur situation change.**

Seuls 17 % des allocataires de l'APA bénéficient d'une autre source de financement pour payer les intervenants à domicile (notamment des caisses de retraite).

Parmi les améliorations possibles du dispositif, ils notent :

- le souhait de bénéficier de plus d'heures,
- leur désir d'une augmentation du montant de l'APA,
- le besoin d'un dossier administratif simplifié.

e/ L'entrée en établissement

62,3 % des personnes âgées ayant répondu ont une image négative ou très négative de l'hébergement en établissement. 77,65 % de celles-ci ne sont pas intéressées par un hébergement en établissement et une majorité (50,29 %) est également opposée à un hébergement temporaire en établissement. De même, **plus de 66 % ne souhaitent pas recourir à un accueil de jour en établissement.**

S'ils devaient entrer en établissement et donc choisir une structure, les répondants privilégieraient la qualité des soins à 24,16 %, le prix à 22,54 % et la proximité avec leur famille à 16,58 %.

Plus de la moitié d'entre eux est intéressée aussi bien par un établissement public que privé et 38,2 % préféreraient un établissement public. Plus de 90 % opteraient avant tout pour une structure qui offre les services adaptés à leurs besoins et qui garantisse un prix raisonnable.

Parmi les freins à l'entrée en établissement, les répondants citent le prix de celui-ci (28,13 %), la crainte de ne pas se sentir chez soi (16,63 %) et la distance avec la famille (14,48 %).

Plus de 30 % des personnes interrogées seraient intéressées par un hébergement en famille d'accueil. Pour celles-ci, les raisons de cet intérêt sont principalement : **une vie moins isolée (24,76 %), la participation à une vie de famille (24,44 %) et le coût moindre par rapport à un établissement (24,44 %).**

f/ La connaissance des services financés ou mis en place par le Conseil général et le degré de satisfaction

Le centre départemental d'information pour l'hébergement des personnes âgées

95,19 % des répondants ne connaissent pas le centre départemental d'information pour l'hébergement des personnes âgées (CIDHPA n° vert du Conseil général). Les 1,43 % qui y ont fait appel se disent en très grande majorité satisfaits ou très satisfaits de l'écoute reçue, de l'information dispensée sur leurs droits, sur la vie à domicile, sur les structures d'accueil pour personnes âgées, de l'aide apportée pour organiser le retour à domicile après une hospitalisation ou un séjour en établissement ou pour répondre à une situation d'urgence.

Les centres locaux d'information et de coordination (CLIC)

Les CLIC sont connus par 28,99 % des répondants et 20,38 % y ont recouru. 97,5 % sont très satisfaits ou satisfaits d'y avoir trouvé une écoute; 97,83 % le sont d'avoir trouvé une information sur leurs droits; 96,89 % le sont d'avoir trouvé une information sur la vie à domicile.



Des dépliants et une meilleure information en général seraient une façon de mieux faire connaître les CLIC.

Les délégations territoriales du Conseil général

66,86 % des répondants ne connaissent pas les délégations territoriales du Conseil général. 26,63 % y ont fait appel. Parmi ceux-ci, 86,36 % sont très satisfaits ou satisfaits d'y avoir trouvé une écoute ; 90 % le sont d'avoir bénéficié d'une information, d'un conseil sur les prestations à destination des personnes âgées.

Parmi les améliorations, un raccourcissement des délais d'instruction et une meilleure information sur le rôle des délégations territoriales sont évoqués.

g/ Les conditions d'amélioration de la vie à domicile selon les répondants

Parmi les remarques générales concernant l'amélioration de la vie à domicile, les personnes interrogées notent :

- le souhait de favoriser le maintien des personnes âgées à leur domicile,
- le souhait de bénéficier de plus de personnel qualifié (kiné, orthophonistes...) et d'animation,
- le désir de disposer de transports plus adaptés et moins onéreux,
- le souhait d'une meilleure information.



4.2 - Les résultats de l'enquête auprès des personnes âgées résidant en établissement

a/ Les participants

Au 28 juin 2010, 1 006 personnes avaient participé à cette enquête.

b/ Le profil des personnes âgées en établissement ayant répondu au questionnaire

Le questionnaire a été principalement rempli par **un membre de la famille** (40,22 %), puis par la **personne directement concernée** (38,03 %) ou un professionnel (17,87 %).

78,13 % des répondants sont des **femmes**; les hommes comptent donc pour 21,87 %, ce qui reflète la répartition hommes-femmes au sein des structures.

Plus de 90 % de ces personnes âgées vivent seules. Plus de 80 % des répondants ont **plus de 81 ans**.

Les anciens **employés** constituent la catégorie socioprofessionnelle la plus représentée (29,68 %). Les **personnes anciennement sans activité professionnelle** représentent plus de 25 % et les anciens **agriculteurs exploitants** comptent pour 13,48 %.

Les **GIR 1 à 3 représentent plus de la moitié (51,38 %) des réponses.** Plus précisément, les répondants se répartissent de la façon suivante :

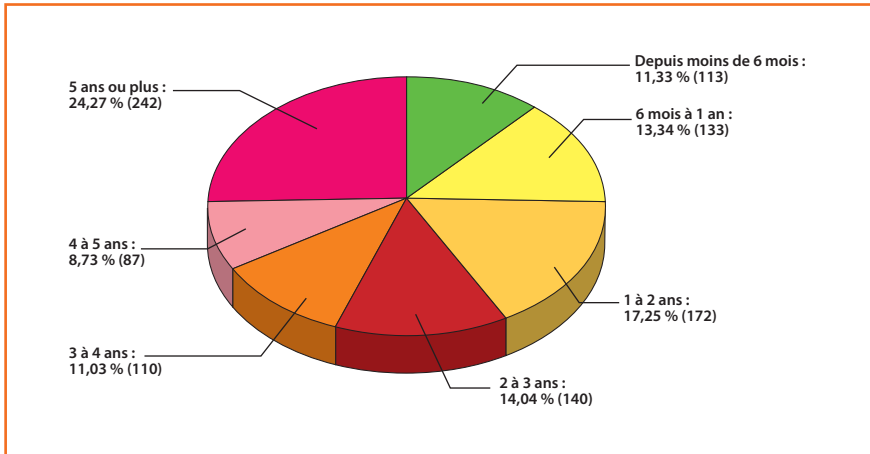
GIR 1 = 11,5 %, GIR 2 = 23,83 %, GIR 3 = 16,05 %, GIR 4 = 18,2 %, GIR 5 = 11,62 % et GIR 6 = 18,68 %.



c/ L'arrivée dans l'établissement

Un quart des personnes ayant répondu vivent en établissement depuis moins d'un an et un quart y vivent depuis plus de 5 ans. La médiane est comprise entre 2 et 3 ans.

7) Depuis combien de temps êtes-vous en établissement ?



39,43 % sont rentrées en établissement à la suite d'un **problème de santé nécessitant une prise en charge médicale quotidienne**. La **solitude et l'isolement** ont constitué la raison de l'entrée en établissement pour 18,77 %. **L'insécurité** est la troisième cause principale (13,44 %).

Les **proches** sont ceux qui ont le plus conseillé l'entrée en établissement (37,84 %). Suit le **médecin traitant** (27,79 %), puis **un autre médecin, l'assistante sociale ou l'infirmière de l'hôpital** (11,71 %). 10,12 % se sont décidés seules.

Le choix s'est effectué en fonction de la **proximité géographique de l'établissement** (36,95 %), puis de sa **bonne réputation** (23,18 %) et de la **place disponible** (22,43 %).

Plus de 80 % des personnes interrogées vivent dans un EHPAD, 14,13 % dans un EHPA. 3,83 % résident dans une petite unité de vie de moins de 25 lits.

96,7 % des personnes âgées sont **très satisfaites ou satisfaites de l'accueil** qui leur a été réservé à leur arrivée en établissement. **70,3 % ont plutôt bien vécu l'entrée en établissement**, cela leur a permis d'être davantage aidées qu'elles

ne pouvaient l'être chez elles. **22,1 % étaient opposées à l'entrée en établissement, mais comprennent aujourd'hui que c'était nécessaire.**

Avant leur entrée en établissement, seuls 18,24 % avaient eu l'occasion d'y séjourner soit dans le cadre d'un accueil de jour, soit dans le cadre d'un hébergement temporaire. **86,85 % ont été plutôt satisfaites de cet accueil** qui correspondait bien à leur besoin et qui leur a permis de découvrir l'établissement.

84,77 % n'auraient pas aimé entrer en établissement pour des périodes courtes.

Une majorité (59,14 %) estime que le prix de l'établissement est normal (le rapport entre les services proposés et le prix payé leur semble convenable). **Pour 19 %, le prix de l'établissement est très cher** (les services proposés sont de bonne qualité mais le prix global est élevé). **Pour 10,16 %, le prix de l'établissement est trop cher** (le rapport entre les services proposés et le prix payé leur semble disproportionné). **Seuls 4,71 % estiment que le prix de l'établissement n'est pas très cher** (le rapport entre les services proposés et le prix payé leur semble plutôt positif).

d/ La vie quotidienne

84,69 % de ces personnes ont la possibilité de sortir de l'établissement. À 55 %, elles le font avec leurs proches, puis avec un membre de l'établissement (11,59 %). **19,69 % préfèrent ne pas sortir.**

95,64 % des personnes sont très satisfaites ou satisfaites de la qualité de vie dans leur établissement, de façon générale.

- 97,14 % des personnes interrogées sont très satisfaites ou satisfaites de leur relation avec le personnel de leur établissement.
- 87,43 % le sont quant au temps qui leur est consacré par les professionnels.
- 93,92 % le sont quant à la qualité des soins qui leur sont offerts.
- 94,76 % le sont quant à la façon dont on les traite, dont on leur parle.

59,02 % ont connaissance dans l'établissement des réunions du conseil de la vie sociale; 40,98 % ont connaissance des réunions de la commission des menus.

Parmi les améliorations suggérées, on peut noter les demandes suivantes :

- amélioration de la qualité des repas,
- augmentation des effectifs,
- plus de temps consacré par le personnel aux personnes âgées,
- plus de sorties et d'animations.



e/ La connaissance des services financés ou mis en place par le Conseil général et le degré de satisfaction

Plus de 90 % des personnes âgées en établissement ne connaissent pas les CLIC. 94,6 % n'ont jamais eu l'occasion d'y recourir.

Pour celles y ayant fait appel, 84,38 % sont très satisfaites ou satisfaites d'y avoir trouvé une écoute. Plus de 73 % sont très satisfaites ou satisfaites d'y avoir trouvé une **réponse à une situation d'urgence**. 70,59 % le sont d'avoir bénéficié d'une **participation à des actions collectives** organisées par le CLIC (groupe de parole, ateliers...).

Parmi les améliorations suggérées, la principale demande est de mieux faire connaître les CLIC aux personnes âgées (y compris en se rendant dans les établissements).

80,69 % ne connaissent pas la délégation territoriale du Conseil général. 81,07 % n'ont pas eu l'occasion d'y recourir. 94,73 % y ayant fait appel sont très satisfaites ou satisfaites d'y avoir trouvé **une écoute**. Plus de 95 % des répondants se disent satisfaits ou très satisfaits de la réponse apportée dans le cadre d'une demande de prestation (APA).

Une majorité des répondants (plus de 60 %) connaît le dispositif de l'APA en établissement. 29,14 % en ont eu connaissance par un professionnel de santé (médecin traitant, infirmière...), par un proche (23,94 %), par la mairie, par le CCAS (19,43 %).

65,36 % des répondants bénéficient de ce dispositif. 89 % en sont très satisfaits ou satisfaits.

81,53 % des répondants sont tout à fait d'accord ou plutôt d'accord pour affirmer **qu'il est facile de trouver des informations sur l'APA.**

Près de 84 % sont tout à fait d'accord ou d'accord pour convenir que **l'APA est une aide facile à demander.**

80,61 % le sont quant à la **facilité de l'obtention de l'APA.**

88,1 % sont tout à fait d'accord ou plutôt d'accord sur la **rapidité de la réponse du Conseil général suite à leur demande d'APA.**

74 % le sont quant à l'**information de leur changement de niveau de dépendance.**

f/ Les suggestions des personnes âgées en établissement

Parmi les améliorations suggérées, elles soulignent notamment **leur souhait d'une augmentation du montant de l'APA.**

Parmi les remarques générales et les commentaires des personnes âgées en établissement, les verbatims suivants ont été proposés :

- « Les services (du Conseil général, des CLIC...) doivent venir dans les maisons de retraite pour informer les personnes âgées des activités et des aides possibles. Ce n'est pas aux personnes âgées de rechercher seules les informations ».
- « Il faudrait généraliser l'APA en établissement pour les personnes moins dépendantes ».
- « Il faudrait plus de personnel dans les établissements ».

g/ Les croisements complémentaires

Croisement du choix de l'établissement avec le secteur d'origine

6) Sur quel territoire se situait votre lieu d'habitation avant votre entrée en établissement	10) Comment s'est déterminé votre choix pour cet établissement					Total
	Prix	Proximité géographique	Place disponible	Bonne réputation (bouche à oreille)	Autre, merci de préciser	
Haute Saintonge	10 5,85 %	74 43,27 %	27 15,79 %	48 28,07 %	12 7,02 %	171
La Rochelle-Ré	46 16,08 %	89 31,12 %	58 20,28 %	75 26,22 %	18 6,29 %	286
Aunis	30 17,65 %	73 42,94 %	24 14,12 %	37 21,76 %	6 3,53 %	170
Rochefortais	19 16,38 %	41 35,34 %	30 25,86 %	19 16,38 %	7 6,03 %	116
Royan-Marennes-Oléron	13 7,98 %	55 33,74 %	45 27,61 %	43 26,38 %	7 4,29 %	163
Saintonge Romane	17 14,29 %	32 26,89 %	26 21,85 %	39 32,77 %	5 4,2 %	119
Vals de Saintonge	30 11,76 %	108 42,35 %	77 30,2 %	32 12,55 %	8 3,14 %	255
Total	165	472	287	293	63	1 280
Non-réponses : 388 (30,43 %)						

Sur presque tous les secteurs, la détermination de l'établissement des résidents se fait majoritairement par la proximité géographique. Sur le Pays de Saintonge Romane, le choix de l'établissement se fait principalement par la réputation (32,77 %), sur celui des Vals de Saintonge, selon les places disponibles (30,2 %). Le prix est un critère plus important que la moyenne pour les résidents des Pays d'Aunis (17,65 %), Rochefortais (16,38 %) et de La Rochelle-Ré (16,08 %).



4.3 - Les résultats de l'enquête auprès des accueillants familiaux

a/ Les participants

Au 28 juin 2010, **130 personnes** soit **60 %** des accueillants familiaux avaient participé, très majoritairement en renvoyant le questionnaire rempli en format papier.

b/ Le profil des accueillants familiaux ayant répondu au questionnaire

Les accueillants familiaux sont quasiment exclusivement **des femmes (à 98 %)**. Une moitié d'entre eux (**50,76 %**) a **entre 51 et 60 ans**, **22 % ont plus de 60 ans** (dont 13,64 % ayant entre 61 et 65 ans et 3,79 % plus de 70 ans). **Les accueillants familiaux de moins de 40 ans sont rares (6,06 %)**.

79,84 % des accueillants vivent **en couple**.

Probablement du fait de leur âge, une majorité des accueillants familiaux ayant répondu à cette question (83 personnes) vit **sans enfant à charge (53 %⁴)**. **37,3 % ont 1 ou 2 enfant(s) à charge**. **8,4 % ont 3 enfants à charge** et une personne a 6 enfants à charge.



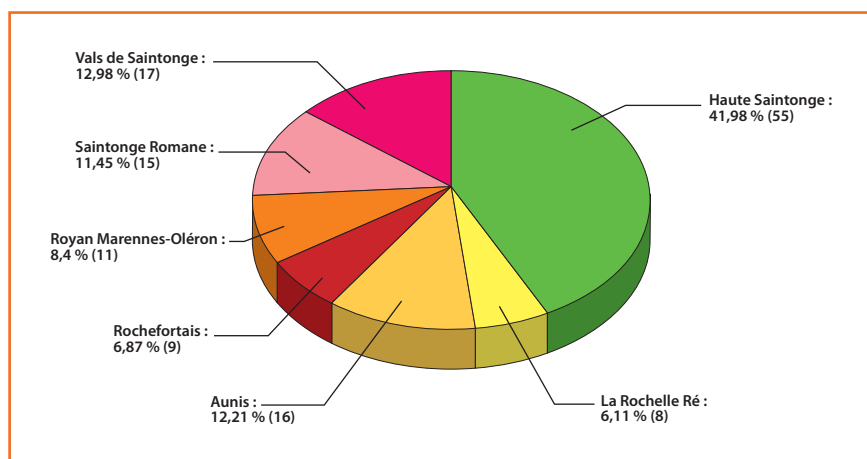
4. À noter : on peut considérer qu'une partie des 47 personnes n'ayant pas répondu à cette question n'a probablement plus d'enfants à charge ce qui pourrait faire considérablement augmenter la part des accueillants familiaux sans enfant à charge.

c/ La localisation des accueillants familiaux

Les accueillants familiaux se trouvent pour une petite moitié sur le Pays de la Haute-Saintonge (41,98 %) puis se répartissent ensuite assez équitablement sur les autres secteurs.

Cette répartition géographique correspond à celle du nombre de familles d'accueil agréées.

Ce constat est confirmé par les déclarations des répondants qui disent en grande majorité habiter à la campagne (51,13 %) ou dans un village / bourg (39,85 %).



d/ Le nombre de places par famille d'accueil

Les accueillants familiaux sont majoritairement agréés pour accueillir 2 personnes âgées (47,6 %), 34,4 % le sont pour 3 personnes.

Ils accueillent, pour la plupart, autant de personnes qu'ils ont de places autorisées dans leur agrément. Cependant, 5,5 % des accueillants familiaux n'hébergent personne.

Concernant les places libres, plus de la moitié des accueillants familiaux (53,68 %) ne souhaite pas accueillir de nouvelles personnes âgées. Les raisons évoquées sont principalement : l'âge de ces professionnels, le besoin de répit, le sentiment que deux personnes âgées accueillies est la limite pour ne pas perdre en qualité, le manque de place dans les logements ou encore la présence d'enfants encore à charge.



e/ Les usagers accueillis

Ce sont **majoritairement des femmes** (à 75,4 %) **de plus de 80 ans** (plus de 66 %).

Avant d'être retraitées, ces personnes étaient agriculteurs exploitants (pour 29,7 %), sans activité professionnelle (pour 29,7 %), employés (pour 16,32 %) et ouvriers (pour 15 %).

Elles ont un niveau de dépendance assez élevé : GIR 2 en majorité (37,32 %) puis GIR 3 (26,8 %), GIR 4 (17,7 %) et GIR 1 (11,48 %). Il n'y a quasiment pas de personnes en GIR 5 (6 %) et GIR 6 (0,48 %) ayant choisi ce mode d'accueil.

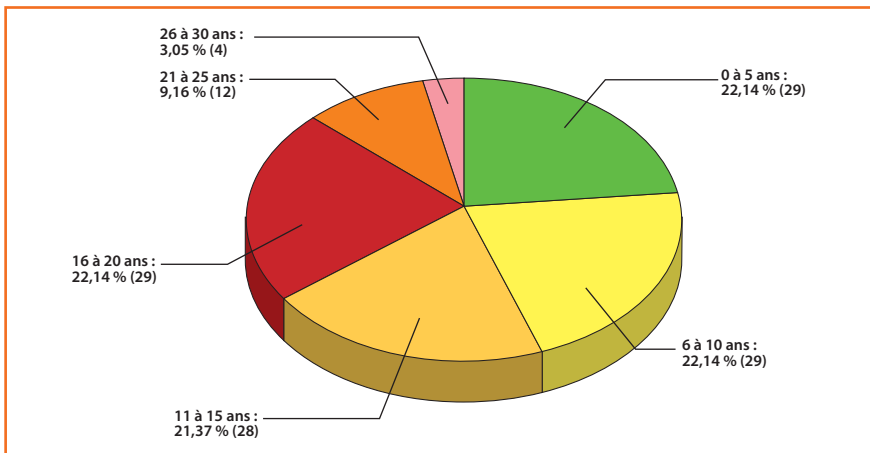
Ces personnes ont choisi des familles proches de leur ancien lieu d'habitation puisqu'elles viennent également en majorité de Haute-Saintonge (à 41 %).

Avant d'être hébergées par un accueillant familial, les personnes âgées vivaient en grande majorité à leur **domicile** (pour plus de 57,5 %), **chez un de leurs enfants ou un proche** (11,25 % environ), en établissement pour personnes âgées (10,83 %) ou dans une autre famille d'accueil (9,6 %). Un peu plus de 7 % d'entre elles étaient hospitalisées.

f/ L'ancienneté de l'agrément

La plupart des accueillants familiaux exerce ce métier depuis de nombreuses années : **55,72 % sont agréés depuis plus de 11 ans**

10) Depuis quand êtes-vous agréé(e) par le Conseil général ?



g/ La situation socioprofessionnelle des accueillants familiaux

La grande majorité des accueillants familiaux possède un diplôme de fin d'études (68,22 %). Parmi eux, la plupart détiennent seulement le certificat d'études ou le brevet des collèges. 27 % sont titulaires d'un diplôme professionnel (en particulier : BEP ou un CAP Carrières sanitaires et sociales ou Petite enfance, CAP Vente, BEP Secrétariat, CAP Comptabilité).

La quasi-totalité des accueillants familiaux a le permis de conduire (94,66 %) et une voiture (97,69 %).

Avant d'exercer ce métier, les accueillants familiaux étaient **employés** (pour moitié), sans activité (19,7 %) et ouvriers (10,2 %). **Leurs conjoints appartiennent à ces mêmes catégories socioprofessionnelles** : 30,39 % sont sans activité, 21,57 % ouvriers et 23,53 % employés.

h/ Le logement des accueillants familiaux

Quasiment tous les accueillants familiaux ayant répondu au questionnaire sont **propriétaires de leur logement** (93,8 %) et tous **vivent dans une maison**.

Pour la plupart, **l'ensemble des pièces de la maison est accessible aux personnes âgées**, y compris à mobilité réduite.

Dans 96,85 % des cas, **les personnes accueillies ont chacune leur chambre**. Mais moins de la moitié d'entre elles (47,66 %) dispose d'une salle de bains personnelle et 55,74 %, de WC personnels.

Les principaux aménagements réalisés pour accueillir des personnes âgées sont : l'installation d'une **douche à l'italienne** (29,76 %), de **lits médicalisés à hauteur variable** (29,17 %) et de **WC adaptés** (24,7 %).

i/ L'information autour de l'accueil familial

La moitié des répondants a reçu des informations pour devenir accueillant familial **par un proche**. Les autres sources de renseignements sont ensuite les **services du Conseil général** (14,63 %) et le **médecin traitant** (14,63 %).

j/ Les motivations pour devenir accueillant familial

Les principales motivations citées par les accueillants familiaux pour exercer ce métier sont :

1. L'envie de s'occuper des autres (note pondérée à 591)
2. Le souhait de travailler à domicile (note pondérée à 549)



3. Le besoin d'avoir une rémunération (note pondérée à 505)
4. Le souhait d'éviter à une personne âgée d'entrer en établissement (note pondérée à 400)

Seulement 3,17 % d'entre eux se disent insatisfaits de leur métier. Ils sont 44,4 % à être très satisfaits et 52,38 % à être satisfaits.

k/ Les relations avec les autres acteurs

Les accueillants familiaux déclarent pour moitié ne pas avoir de relations avec les établissements pour personnes âgées.

Ils se disent en majorité satisfaits ou très satisfaits des relations entretenues avec les autres acteurs (hôpitaux, médecins libéraux, services de soins infirmiers à domicile, infirmières libérales, autres professions paramédicales).

Environ 88 % d'entre eux sont **satisfaits ou très satisfaits de leurs relations avec le Conseil général**, pour tous les types de démarches.

l/ Les attentes des accueillants familiaux pour le prochain schéma

Les accueillants familiaux souhaitent :

- **avoir un statut bien défini** (droit au chômage, pouvoir cotiser pour la retraite, pouvoir prendre des arrêts maladie), **et que leur profession soit mieux connue et reconnue** y compris par les professionnels (en priorité),
- avoir une **rémunération plus attractive**,
- **pouvoir faire assurer les remplacements** par des personnes fiables choisies par le Conseil général, ou bénéficier d'un relais grâce à l'accueil de jour ou à l'hébergement temporaire en établissement,
- **avoir de meilleures relations avec les maisons de retraite**,
- **bénéficier de plus de formations** (notamment sur la psychologie de la personne âgée).

4.4 - Les résultats de l'enquête auprès des responsables de services

a/ Les participants

35 responsables de services ont répondu par Internet au questionnaire qui leur était destiné, soit 32 % des services à domicile avec lesquels le Conseil général est conventionné.

b/ Le profil des personnes âgées accompagnées par les services ayant répondu au questionnaire

Ces services accompagnent en moyenne 435 personnes. Plus de 58 % de ces usagers sont âgés de **plus de 80 ans** et près de 71 % sont des **femmes**.

En moyenne, le **niveau de dépendance des personnes âgées accompagnées est moyen à fort**, puisqu'environ 44 % relèvent du GIR 4 et 17,5 % du GIR 2.

c/ La couverture géographique des services

Le département est couvert assez équitablement par les services qui ont répondu à ce questionnaire (environ **15 services intervenant sur chaque pays**, sachant qu'un même service peut travailler sur plusieurs pays voire le département). La couverture est cependant meilleure pour La Rochelle-Ré (20 services y interviennent) et moins importante pour les Vals de Saintonge (10 services).

d/ Les types de services et les types d'intervention

Les structures ayant répondu à l'enquête sont en forte majorité des **services d'aide à domicile** (à 63,6 %). Les services de portage de repas représentent 15,1 % des répondants, les SSIAD 9,1 % et les services de téléassistance 9,1 %.

Leurs prestations sont constituées principalement par l'**aide ménagère, les aides à la personne** (soit environ 50 %) et l'aide aux démarches administratives (à hauteur de 15 %).

Le volume annuel d'heures d'intervention au 31 décembre 2009 est très variable. Le maximum d'heures effectuées par une structure est de 595 190 et le minimum de 800. La moyenne se situe à **62 440 heures par service**.

1 623 446 heures ont été produites en un an par les 26 services ayant répondu à cette question.



Les 7 services de **portage de repas** pour les personnes âgées ayant répondu ont produit au 31 décembre 2009 en moyenne **25 230** repas par service et par an (et 277 545 en totalité).

Les 7 services proposant de la **téléassistance** ayant répondu avaient **2 334 clients** au 31 décembre 2009. Cependant, l'un d'entre eux disposait à lui seul de 1 916 clients.

e/ Le personnel des services

Les services ayant répondu à l'enquête emploient en moyenne 76 personnes (70 en tant que personnel d'intervention et 6 en tant que personnel administratif) : le plus gros service en emploie presque 900 (dont 856 en tant que personnel d'intervention) alors que le plus petit n'a que 3 salariés (dont 2 en tant que personnel d'intervention).

Néanmoins, la précarité des emplois de service à domicile est mise en lumière par le nombre d'Equivalent-Temps-Plein (ETP) soit 55 en moyenne et au maximum de 467 ETP pour le plus gros service (dont 439 ETP de personnel d'intervention). Si ce secteur se caractérise par des temps partiels, le **personnel est en majorité en CDI**. En moyenne, seuls 8,6 % des ETP sont à durée déterminée.

La **moyenne des emplois qualifiés** se situe à 44 % des ETP.

f/ La qualité au sein des services

Plus de 71 % des services d'aide à domicile ayant répondu (hors portage de repas et téléassistance) **ont réalisé une évaluation interne au cours des deux dernières années** : 42,9 % ont réalisé cette évaluation au cours de l'année 2009 et 28,6 % au cours de l'année 2008.

Parmi ces 21 services, **66,7 % ont mis en place un plan de conduite du changement suite à leur dernière évaluation interne et la moitié a programmé une évaluation externe** (pour 2010, 54 % et pour 2011, 31 %).

Pour la grande majorité des services, les modalités de contrôle du service fait, par le Conseil général, sont jugées satisfaisantes ou très satisfaisantes (à 84 %).

g/ Les tarifs d'intervention

Une **heure d'aide à domicile** coûte en moyenne **entre 18 et 20 €**.

Les tarifs des heures d'auxiliaire de vie sont moins homogènes et sont compris entre 16 € (pour 4,5 % des services) à 24 € (pour 9 % des services).

Un repas livré s'élève à 9 € pour la grande majorité des services de portage de repas. Pour les 14 % restants, le tarif est de 8 €.

L'abonnement mensuel à un service de téléassistance est de 30 € en moyenne (avec un maximum de 38 € pour un service).

Selon la majorité des services (62 %), leur **tarif est un élément neutre n'influant pas dans le choix de faire appel à leur société**. Pour 17,2 %, cela constitue un frein.

h/ Les relations des services avec les autres acteurs

Les services ayant répondu à l'enquête se déclarent en grande majorité **satisfaits ou très satisfaits de leurs relations avec les autres acteurs** : établissements pour personnes âgées, hôpitaux, médecins libéraux, services de soins infirmiers à domicile, services d'hospitalisation à domicile, infirmières libérales, autres professions paramédicales (kinésithérapeutes, pédicures...), autres services d'aide à domicile, autres services de maintien à domicile (portage de repas, téléassistance), CCAS, CLIC, réseaux de santé.

Cependant, ils sont 60,6 % à déclarer ne pas avoir de contacts avec les accueillants familiaux.

Les relations avec le Conseil général sont jugées satisfaisantes ou très satisfaisantes par 90,3 % des répondants.

i/ Les améliorations possibles pour les services

Selon les services ayant répondu, les améliorations possibles sont :

- **Mieux appréhender les coûts réels des services, clarifier les tarifications** (envisager un tarif unique au lieu de quatre en comptant celui de la CNAV)
- **Favoriser les structures avec agrément qui sont soumises à des contrôles et des exigences de qualité**
- **Améliorer la qualité des interventions à domicile** (renforcer les formations du personnel)
- **Améliorer la rémunération du personnel**
- **Mettre en place un guichet unique**, c'est-à-dire un seul gestionnaire (le Conseil général) de l'aide à domicile pour tous les bénéficiaires du GIR 1 à 6 (en envisageant des conventions entre le Conseil général et les caisses de retraite pour les bénéficiaires en GIR 5 et 6).



j/ Les projets des services

Un peu moins de 26,7 % des services ayant répondu projettent de développer de nouvelles activités (notamment du transport, des petits travaux, de l'aide aux aidants, de la garde itinérante de nuit).

35 % d'entre eux envisagent une collaboration avec d'autres services d'aide à domicile ou de maintien à domicile (téléassistance et portage de repas), 17 % des partenariats avec des SSIAD, des établissements pour personnes âgées et des hôpitaux.

k/ L'appréciation sur les dispositifs de prise en charge des personnes âgées en Charente-Maritime

- Le nombre de structures de service de maintien à domicile est jugé satisfaisant ou très satisfaisant à 60 % (33 % des services ne se sont pas prononcés)
- La répartition géographique des structures de service de maintien à domicile est jugée satisfaisante ou très satisfaisante à 50 % (30 % des services ne se sont pas prononcés)
- La diversité de l'offre de services proposée est jugée satisfaisante ou très satisfaisante à 46,67 % (33 % des services ne se sont pas prononcés)
- Les principaux points forts du système de prise en charge des personnes âgées sont :
 1. La qualité de la collaboration de ces structures avec le Conseil général (pour 22,4 % des répondants)
 2. Le nombre de services d'aide à domicile pour personnes âgées (pour 20,7 % des répondants)
 3. La répartition géographique des services d'aide à domicile pour personnes âgées (pour 15,5 % des répondants)
 4. La qualité de leur collaboration avec les autres acteurs (les établissements et le secteur hospitalier pour 10 % des répondants, et l'ex-DDASS pour 8,7 % d'entre eux)
- Les principaux points faibles du système de prise en charge des personnes âgées sont :
 1. Le nombre trop faible de places en structures d'hébergement pour personnes âgées dont les tarifs sont jugés généralement trop élevés (pour 21,6 % des répondants)
 2. Le nombre d'accueillants familiaux (pour 15,7 % des répondants)
 3. La qualité de la coordination entre les services de maintien à domicile et les établissements (pour 11,8 % des répondants);

I/ Les propositions des responsables de services pour le prochain schéma

Il faudrait :

- **Renforcer les formations du personnel** (en termes quantitatifs et qualitatifs) et mieux les adapter aux besoins sur le terrain
- **Renforcer les relations et les collaborations avec les autres acteurs**, notamment les établissements, les CLIC, les hôpitaux (pour la sortie d'hôpital), à l'aide par exemple d'une plate-forme de communication et de mise en relation entre les services, les établissements et les aidants
- **Mieux coordonner les différents intervenants à domicile**
- **Développer les structures d'accueil de jour**
- **Proposer des services de transport et des ateliers d'animation pour créer du lien social entre les personnes âgées vivant à domicile, souvent seules**





4.5 - Les résultats de l'enquête auprès des responsables d'établissement accueillant des personnes âgées

a/ Les participants

67 personnes ont répondu, principalement par Internet, au questionnaire qui leur était destiné, soit 46,5 % du public ciblé. Elles sont responsables d'EHPAD à 77 %, d'EHPA à 16,67 %, et de petite unité de vie de moins de 25 lits (PUV) à 6,25 %.

Ainsi, compte tenu de la structuration des différents types d'établissements, 46,85 % des directeurs d'EHPAD ont répondu, 50 % des responsables d'EHPA et 33,33 % des dirigeants de PUV.

b/ Le profil du public accueilli au 31 décembre 2009 dans les établissements ayant répondu

Ces établissements accueillent en moyenne **70 personnes**. Le **taux d'occupation moyen est de 94,6 %**.

L'**âge moyen d'entrée** en structure s'élève à **83,35 ans**.

76 % des résidents **ont plus de 80 ans** et **25 %, plus de 90 ans**. Ce sont majoritairement des **femmes** (soit 70,77 % en moyenne). Ils sont par ailleurs très dépendants : 41,3 % d'entre eux sont classés en GIR 1 et 2, 32 % en GIR 3 et 4

Durant leur vie active, les résidents étaient majoritairement **employés** (à 24,68 %). Les personnes **sans activité professionnelle antérieure** comptent environ pour 22,6 %.

Lors de leur entrée en établissement, les personnes âgées semblent **privilégier la proximité** puisqu'elles sont près de 45 % à être originaires de la même ville ou du même canton que la ville ou le canton où est situé l'établissement dans lequel elles résident actuellement.

Environ 59,17 % des résidents **vivaient à leur domicile** avant d'entrer en établissement. 12,4 % proviennent d'un service de soins de suite et de réadaptation.

La moitié des résidents (52 %) est entrée en établissement pour des **motifs de santé**. Environ 13,41 % d'entre eux expliquent leur admission en structure par **l'isolement et la solitude**.

En 2009, les établissements ayant répondu à l'enquête ont enregistré en moyenne **30 entrées et 28 sorties** (dont 55 % pour cause de décès). La durée moyenne de séjour des résidents est de **40 mois**, soit un peu plus de 3 ans.

c/ Les caractéristiques de l'établissement

Seuls **24,64 % des établissements ayant répondu comportent une unité pour personnes désorientées**. Ce public représente dans ces structures environ 45 % de l'ensemble des résidents.

Au cours de l'année 2009, en moyenne, moins de 3 % des résidents ont dû quitter l'établissement du fait de ce type de pathologie.

L'hospitalisation à domicile est très peu répandue puisqu'en 2009, en moyenne, 0,27 % des résidents étaient pris en charge par un tel service.

Des **places d'hébergement temporaire** sont proposées dans plus de la moitié des établissements ayant répondu (52,9 %). Ceux-ci disposent en moyenne de **5 places d'hébergement temporaire occupées à 56,97 %**.

37 % des établissements proposent en moyenne **4 places d'accueil de jour**. Elles sont très faiblement utilisées puisque leur taux d'occupation est inférieur à 22 %.

Cette réalité est à relier avec l'opinion des directeurs sur ces deux types de prestations. Seuls 53,1 % d'entre eux jugent **très pertinente ou pertinente** l'utilisation des places en **accueil de jour**, contre 74,36 % pour **l'hébergement temporaire**.

Néanmoins, s'ils sont plus **de 82 % à ne pas envisager de développer leur capacité en hébergement temporaire**, seuls 10,42 % souhaitent la réduire.

75 % des responsables ne souhaitent pas également accroître leur nombre de places en accueil de jour mais seuls 4,3 % pensent le diminuer.

d/ L'évaluation de la qualité des prestations

Une petite moitié des établissements (45,76 %) a réalisé une évaluation interne au cours de l'année 2009 ou 2010. 28,81 % ont effectué ce type de démarche en 2008.

À l'issue de cette évaluation, près de **90 % des établissements ont mis en place un plan de conduite du changement** (démarche qualité...).

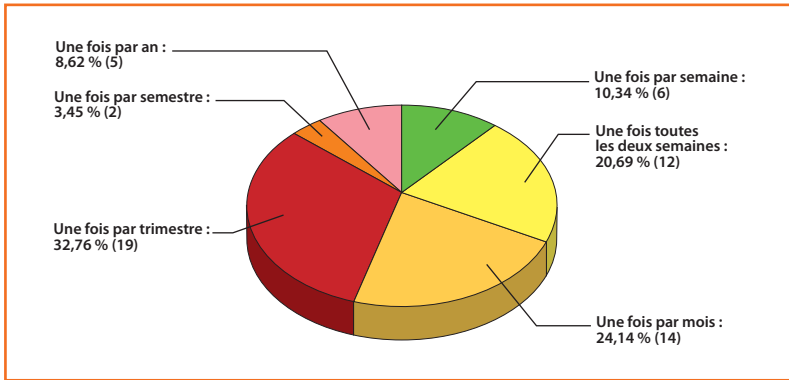
En outre, seuls **24,19 % des établissements envisagent de faire une évaluation externe** à moyen terme (55,6 % d'entre eux ont prévu de la réaliser en 2012 ou 2013).



e/ La gestion des urgences

Au cours de l'année 2009, les établissements ont dû appeler le 15, en moyenne :

18) Nombre de fois où vous avez dû faire appel au centre 15 du 1^{er} janvier au 31 décembre 2009



f/ Les relations avec les autres acteurs

Les relations des établissements avec les acteurs suivants sont jugées satisfaisantes ou très satisfaisantes :

- Les **autres établissements pour personnes âgées** (87,88 % des répondants).
- Les **hôpitaux** (65,16 % des répondants).
- Les **médecins libéraux** (92,54 % des répondants).
- Les **autres professions paramédicales** (kinésithérapeutes, pédicures...) (95,31 % des répondants).
- Les **CCAS** (75 % des répondants).
- Les **CLIC** (75,76 % des répondants).
- Les **réseaux de santé** (55,74 % des répondants).
- Le **Conseil général** (92,31 % des répondants).
- **L'ARS** (95,38 % des répondants).

En outre, les établissements déclarent ne pas avoir de contact avec :

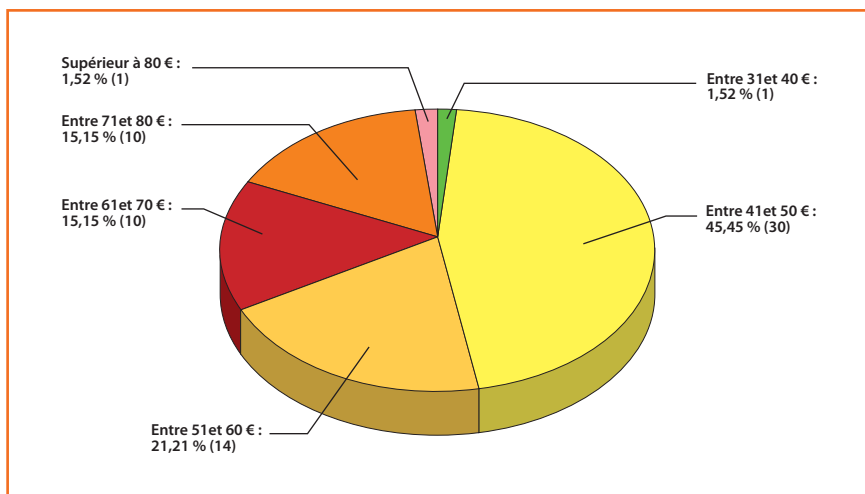
- Les **accueillants familiaux** (pour 75,41 % des répondants).
- Les **services d'hospitalisation à domicile** (pour 67,21 % des répondants).
- Les **services de soins infirmiers à domicile** (pour 64,52 % des répondants).
- Les **services d'aide à domicile** (pour 59,68 % des répondants).
- Les **infirmières libérales** (pour 44,62 % des répondants).

g/ Les tarifs des établissements

Le prix d'une journée d'hébergement (toutes taxes comprises hors GIR 5-6) pour une chambre individuelle est compris **entre 41 et 50 €** pour une majorité des établissements (45,45 %). Ce tarif est supérieur à 71 € dans 16,67 % des établissements.

Pour 53 % des responsables ayant répondu, le prix de journée d'hébergement de leur établissement est un facteur favorisant l'entrée dans leur établissement et un élément neutre pour 33,3 % d'entre eux.

30) Quel est votre prix de journée d'hébergement toutes taxes comprises (TTC) hors GIR 5-6 pour une chambre individuelle ?



h/ Les projets d'avenir

Une majorité de responsables d'établissements (51,67 %) **ne pense pas mettre en œuvre de solutions innovantes dans l'avenir.**

Parmi ceux qui souhaitent en initier, ils envisagent :

- la création d'un accueil de nuit et de jour **Alzheimer**,
- la mise en place d'une **filiale gériatrique**, d'une plate-forme gérontologique centrée sur un EHPAD,
- l'ouverture sur l'extérieur en travaillant sur le lien intergénérationnel et en intégrant les associations et les habitants de la commune.



25 % des responsables d'établissements envisagent de créer des **collaborations principalement avec d'autres établissements**, 25 % avec des structures d'hospitalisation à domicile et 21,15 % avec les hôpitaux.

Plus de la moitié (54,2 %) souhaite créer ou développer des unités de soins pour personnes désorientées.

i/ L'avis général sur la prise en charge des personnes âgées en Charente-Maritime

63,8 % des répondants sont **très satisfaits ou satisfaits du nombre de places en établissement**. 54,39 % le sont de la répartition géographique des places (21 % ne se prononçant pas).

44,8 % des répondants sont **insatisfaits ou très insatisfaits de la diversité de l'offre de places au sein des établissements** et 55 % le sont notamment quant à la présence trop importante d'établissements privés.

Parmi les **points forts du système de prise en charge des personnes âgées en Charente-Maritime**, ils notent :

- la **qualité de la collaboration entre l'ARS et les établissements** (pour 24,6 % des répondants),
- la **qualité de la collaboration entre le Conseil Général et les établissements** (pour 23,81 % des répondants),
- le **nombre de places en structures d'hébergement pour personnes âgées** (pour 23,02 % des répondants).

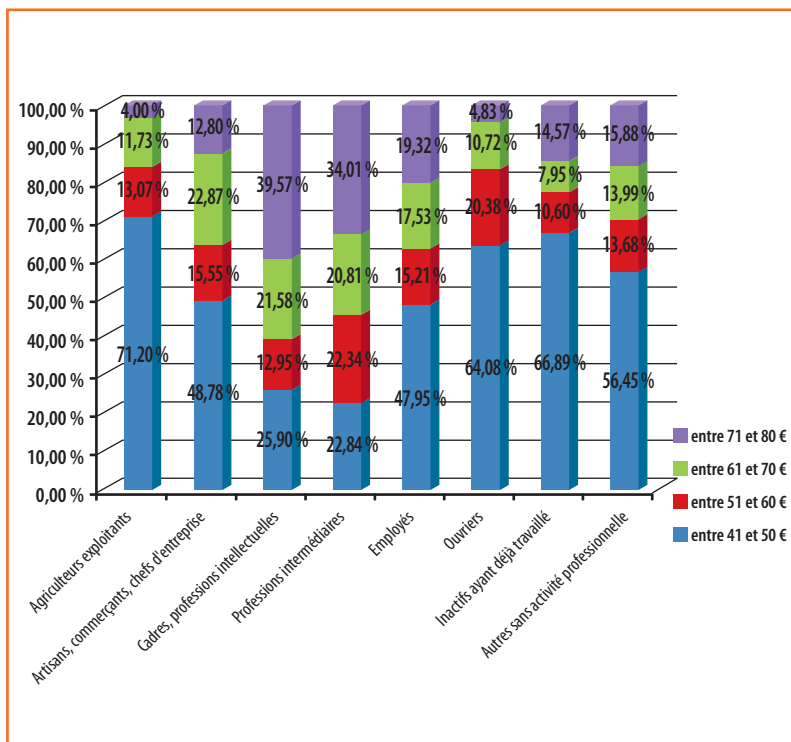
Les **points faibles** identifiés sont :

- la **qualité de la coordination entre les établissements et le secteur hospitalier** (pour 28,3 % des répondants),
- la **répartition territoriale des places en structures d'hébergement pour personnes âgées** (pour 17,92 % des répondants),
- la **qualité de la coordination entre les services de maintien à domicile et les établissements** (pour 16,98 % des répondants).

Les résultats de l'enquête auprès des responsables d'établissement accueillant des personnes âgées

j/ Les croisements possibles

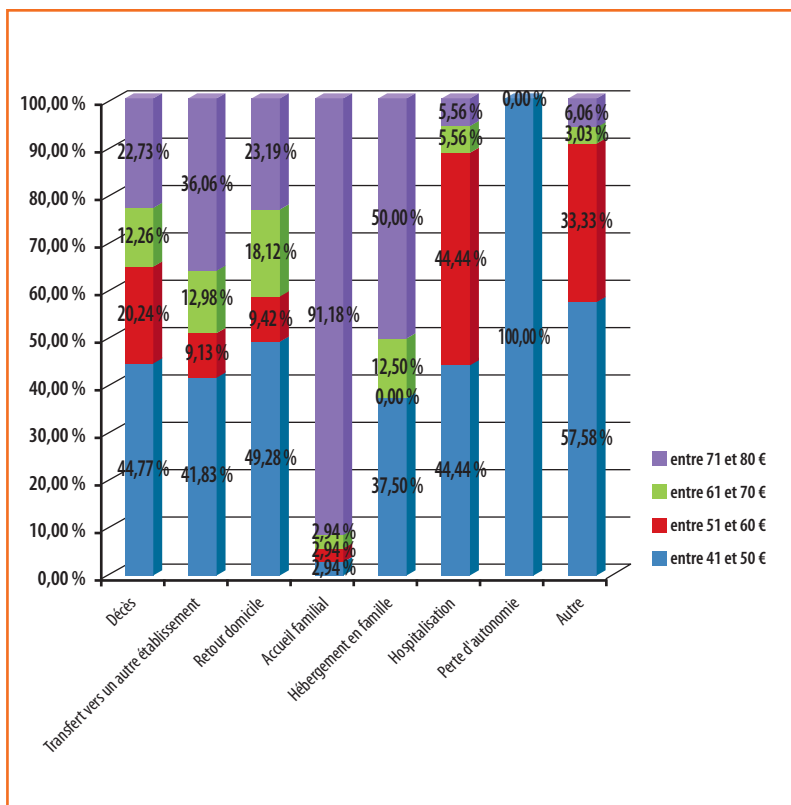
Croisement de la situation professionnelle des résidents avant leur départ à la retraite avec le prix de l'établissement :



Les anciens agriculteurs exploitants, les anciens ouvriers ainsi que les inactifs se concentrent dans les établissements entre 41 et 50 €. Les anciens cadres et professions intermédiaires résident en majorité dans les établissements entre 71 et 80 €.



Croisement des motifs de sorties des résidents du 1^{er} janvier au 31 décembre 2009 avec le prix de l'établissement :

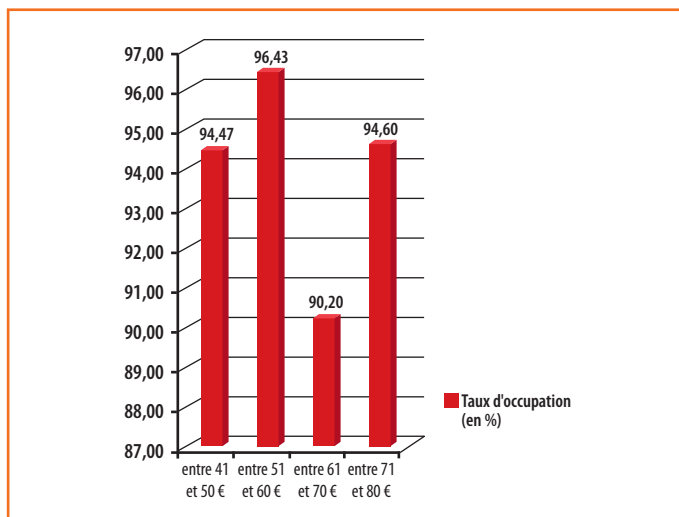


*L'item « perte d'autonomie » compte seulement 9 réponses et l'hébergement en famille, 8

91,18 % des résidents qui ont quitté un établissement en 2009 pour aller vers un accueil familial résidaient dans des structures dont le prix est compris entre 71 et 80 €.

Les résultats de l'enquête auprès des responsables d'établissement accueillant des personnes âgées

Croisement du taux d'occupation de l'établissement avec son prix de journée



Le taux d'occupation le plus faible se trouve dans les établissements dont le prix de journée est compris entre 61 et 70 € avec 90,20 %.

Croisement de la durée moyenne de séjour avec le prix de l'établissement

Prix de journée de l'établissement	Durée moyenne de séjour au 31 décembre 2009 (en mois)
Entre 41 et 50 €	48,98
Entre 51 et 60 €	34,30
Entre 61 et 70 €	41,52
Entre 71 et 80 €	26,63
Moyenne	40

La durée moyenne de séjour est de **26,63 mois** dans un établissement dont le prix de journée est compris entre **71 et 80 €**. Elle est de **48,98 mois** dans un établissement dont le prix de journée est compris entre **41 et 50 €**.

Croisement du type d'établissement avec le prix de l'établissement

La quasi-totalité des établissements dont le prix de journée est compris entre **51 et 80 €** sont des **EHPAD** (31 au total, il n'y a qu'un seul EHPA dont le prix est compris entre 51 et 60 €).

30 % des établissements dont le prix de journée est compris entre **41 et 50 €** sont des établissements **EHPA Foyer – logement (10)**.

0,6 % des établissements dont le prix de journée est compris entre **41 et 50 €** sont des **petites unités de vie de moins de 25 lits (2)**.



4.6 - Les résultats de l'enquête auprès des professionnels de l'évaluation

a/ Les participants

Au 28 juin 2010, **31 personnes** ont répondu, par Internet, au questionnaire qui leur était destiné, soit quasiment l'ensemble des professionnels qui avaient été ciblés par ce questionnaire.

b/ Le profil des professionnels de l'évaluation ayant répondu

Les évaluateurs ayant répondu au questionnaire sont à 58,06 % des **infirmières**; viennent ensuite les assistants sociaux (16,13 %), puis les médecins (6,45 %).

La grande majorité d'entre eux (77,78 %) réalise les **évaluations pour le Conseil général**. 11,11 % sont évaluateurs pour la Caisse Régionale d'Assurance Maladie (CRAM). Deux personnes réalisent les évaluations pour un réseau gérontologique.

Leurs zones d'intervention sont situées en majorité dans la **Haute Saintonge** (27,59 %), sur les Pays de Royan-Marennes-Oléron (17,24 %) et de la Saintonge Romane (17,24 %). Seuls 6,90 % d'entre eux interviennent dans le pays Rochefortais.



c/ L'appréciation sur la mise en œuvre des plans d'aide (APA, caisses de retraite)

	Qualité de service	Rapidité, délai de mise en œuvre	Rapidité à pourvoir aux remplacements	Continuité de prise en charge le week-end
Services prestataires	Satisfaisante (88 % des répondants)	Très satisfaisante ou satisfaisante (72 % des répondants)	Insatisfaisante ou très insatisfaisante (48 % des répondants)	Satisfaisante (48 % des répondants)
Services mandataires	Satisfaisante (72 % des répondants)	Satisfaisante (68 % des répondants)	Insatisfaisante ou très insatisfaisante (52 % des répondants)	Insatisfaisante ou très insatisfaisante (44 % des répondants ; 12 % ne se prononçant pas)
Intervenants en mode gré à gré ⁵	Satisfaisante (48 % des répondants ; 24 % ne se prononçant pas)	Satisfaisante ou très satisfaisante (52 % des répondants ; 28 % ne se prononçant pas)	Insatisfaisante ou très insatisfaisante (72 % des répondants ; 28 % ne se prononçant pas)	Insatisfaisante ou très insatisfaisante (64 % des répondants ; 28 % ne se prononçant pas)
Services de portage de repas	Satisfaisante ou très satisfaisante (68 % des répondants)	Satisfaisante ou très satisfaisante (96 % des répondants)	–	Satisfaisante ou très satisfaisante (64 % des répondants)
Services de téléassistance	Satisfaisante ou très satisfaisante (96 % des répondants ; 4 % ne se prononçant pas)	Satisfaisante ou très satisfaisante (91,67 % des répondants ; 4,17 % ne se prononçant pas)	–	Satisfaisante ou très satisfaisante (92 % des répondants ; 8 % ne se prononçant pas)
Accueil de jour ⁶	Satisfaisante ou très satisfaisante (80 % des répondants ; 16 % ne se prononçant pas)	Satisfaisante (40 % des répondants ; 24 % ne se prononçant pas)	–	–
Solutions d'aménagement du logement	Satisfaisante ou très satisfaisante (68 % des répondants ; 20 % ne se prononçant pas)	Insatisfaisante ou très insatisfaisante (72 % des répondants ; 16 % ne se prononçant pas)	–	–

Dans l'ensemble, les évaluateurs estiment que les services mis en œuvre dans le cadre des plans d'aide sont satisfaisants ou très satisfaisants, hormis pour ce qui concerne la rapidité à pourvoir aux remplacements des personnels intervenant à domicile ou la rapidité de mise en œuvre des solutions d'aménagement du logement.

5. Les évaluateurs indiquent, en très grande majorité (94,74 %), qu'à leur connaissance, les intervenants en mode gré à gré ne sont pas qualifiés. Cela vient corroborer l'évaluation qu'ils ont faite de cette prestation jugée nettement moins satisfaisante que celle des autres intervenants à domicile.

6. Selon les évaluateurs, les accueils de jour sont peu utilisés principalement à cause de problèmes de transport (pour 47,92 %), du coût trop élevé des prestations (18,75 %), et d'une méconnaissance de l'existence de ce type de dispositif (14,58 %).



d/ La place et le rôle des aidants naturels

Pour la plupart des évaluateurs (95,83 %), **la place et le rôle des aidants naturels sont bien respectés par les intervenants à domicile**. Cependant, ils précisent que lorsque ces professionnels sont nombreux et viennent d'organismes différents, leurs rôles respectifs ne sont toujours facilement identifiables pour les familles.

69,57 % d'entre eux considèrent que les **aidants naturels reçoivent un soutien** (groupe de parole).

e/ Le regard des évaluateurs sur l'accueil familial

Les avis divergent concernant le **nombre de places qui est jugé insatisfaisant ou très insatisfaisant** par 41,67 % des répondants et **satisfaisant ou très satisfaisant** également pour 41,67 % des répondants (16,67 % ne se prononçant pas). Leur **répartition sur le territoire** est, elle, jugée **insatisfaisante ou très insatisfaisante** pour 54,17 % des répondants (16,67 % ne se prononçant pas).

25 % des répondants ne se prononcent pas sur la qualité de l'accueil ; pour les autres, les avis divergent : 37,5 % trouvent la qualité de l'accueil satisfaisante ou très satisfaisante et 37,5 % ont une opinion inverse. Les évaluateurs soulignent une grande fatigue chez certains accueillants familiaux induisant une moindre qualité de prise en charge. **La qualité semble ainsi très variable d'une famille à l'autre.**

L'accueil familial représente une alternative satisfaisante ou très satisfaisante à l'accueil en établissement (pour 52,18 % des évaluateurs, 30,43 % ne se prononcent pas) et **au maintien à domicile seul** (pour 54,17 % de ceux-ci, 25 % ne se prononcent pas).

Néanmoins, **la formation des accueillants familiaux est insatisfaisante ou très insatisfaisante** pour 60,87 % des évaluateurs (30,43 % ne se prononcent pas). En effet, ces professionnels constatent une augmentation de la dépendance des personnes accueillies, qui peut entraîner des difficultés à organiser une prise en charge adaptée dans une famille d'accueil, surtout si l'accueillant familial n'est pas spécifiquement formé.

L'organisation des remplacements est également **insatisfaisante ou très insatisfaisante** selon 73,91 % des répondants.

Enfin, 47,83 % des répondants jugent **satisfaisante** la qualité de leur relation avec les accueillants familiaux dans le cadre du suivi (30,43 % ne se prononcent pas).

f/ Les relations des évaluateurs avec les usagers

Les évaluateurs considèrent comme **satisfaisantes ou très satisfaisantes leurs relations avec la personne âgée** (à 86,96 %), **avec sa famille** (à 82,61 %) et **avec son représentant légal** (à 73,92 %).

g/ Les relations des évaluateurs avec les CLIC

Les évaluateurs se disent en majorité **en contact avec les personnes chargées de la coordination au sein des CLIC : de temps en temps** pour 33,33 % et **très régulièrement** pour 29,63 % (37 % ne sont pas en contact avec les CLIC).

La **facilité à rentrer en contact avec un interlocuteur identifié** est jugée **satisfaisante ou très satisfaisante** par 69,57 % des répondants. La **réponse apportée** est également majoritairement jugée **satisfaisante ou très satisfaisante** (pour 52,17 % des répondants).

L'**information fournie aux personnes âgées** est considérée **satisfaisante ou très satisfaisante** par 56,52 % des évaluateurs. Cependant, plusieurs d'entre eux soulignent le manque de lisibilité pour les personnes âgées et leur famille induit par la multiplication des intervenants : le rôle des CLIC est parfois confondu avec celui du Conseil général ou des services d'aide à domicile.

L'**animation de la coordination** est jugée **satisfaisante ou très satisfaisante** par 47,82 % des répondants (30,43 % ne se prononçant pas) ; cependant, la **mise en place d'actions** (aide aux aidants, prévention...) est jugée **satisfaisante ou très satisfaisante** par seulement 39,13 % des évaluateurs (34,78 % ne se prononcent pas sur ce point).

Les **CLIC avec lesquels les évaluateurs ont des relations** sont **intégrés à un réseau gérontologique** pour 68,97 % d'entre eux.

Seuls 35,71 % des répondants pensent que le réseau permet de **retarder ou éviter une hospitalisation** et 35,71 % partagent l'opinion inverse (28,57 % ne se prononcent pas).

h/ Le point de vue général des évaluateurs sur la prise en charge des personnes âgées en Charente-Maritime

L'appréciation sur les soins infirmiers

	Qualité de service	Rapidité, délai de mise en œuvre	Possibilité à pourvoir aux remplacements	Continuité de prise en charge le week-end	Couverture du territoire
SSIAD	Très satisfaisante ou satisfaisante (87,5 % des répondants)	Insatisfaisante ou très insatisfaisante (62,5 % des répondants)	Très satisfaisante ou satisfaisante (79,16 % des répondants)	Insatisfaisante ou très insatisfaisante (54,17 % des répondants)	Insatisfaisante ou très insatisfaisante (58,34 % des répondants)
Infirmiers libéraux	Satisfaisante (83,33 % des répondants)	Très satisfaisante ou satisfaisante (75 % des répondants)	Très satisfaisante ou satisfaisante (83,33 % des répondants)	Très satisfaisante ou satisfaisante (80 % des répondants)	Satisfaisante (75 % des répondants)



Dans l'ensemble, les soins mis en œuvre par les infirmiers libéraux sont jugés satisfaisants ou très satisfaisants par une majorité de professionnels. Néanmoins, la rapidité d'intervention des SSIAD et leur continuité de prise en charge le week-end sont majoritairement jugées insatisfaisantes.

La **couverture du territoire par les services à domicile** est jugée **très satisfaisante ou satisfaisante** par 83,33 % des répondants de même que la couverture du département par les infirmiers libéraux qui est jugée satisfaisante par 75 % des répondants. En revanche, **la couverture du territoire par les SSIAD** est jugée **insatisfaisante ou très insatisfaisante** par 58 % des répondants.

L'appréciation sur les établissements

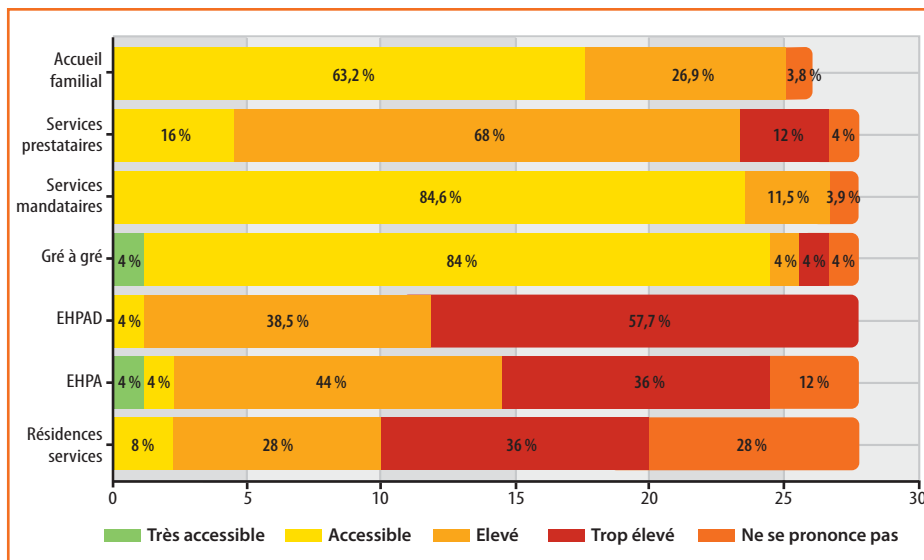
	Nombre de places	Répartition territoriale des places	Nombre de places habilitées à l'aide sociale	Qualité de la prise en charge	Diversité de l'offre de places (accueil de jour, hébergement temporaire, unité Alzheimer)
EHPA	Tendance non déterminable : très satisfaisant ou satisfaisant pour 40,74 % des répondants, et insatisfaisant ou très insatisfaisant pour 40,74 % des répondants, 18,52 % ne se prononçant pas	Insatisfaisante ou très insatisfaisante (49,73 % des répondants ; 26,92 % ne se prononçant pas)	Insatisfaisant ou très insatisfaisant (76 % des répondants ; 20 % ne se prononçant pas)	Très satisfaisante ou satisfaisante (33,3 % des répondants ; mais 48,15 % ne se prononcent pas)	–
EHPAD	Insatisfaisant ou très insatisfaisante (50 % des répondants ; 17,86 % ne se prononçant pas)	Insatisfaisante (41,38 % des répondants ; 27,59 % ne se prononçant pas)	Insatisfaisant ou très insatisfaisante (82,14 % des répondants ; 10,71 % ne se prononçant pas)	Insatisfaisant ou très insatisfaisante (35,72 % des répondants ; 31,7 % ne se prononçant pas)	Insatisfaisant ou très insatisfaisante (53,57 % des répondants ; 10,71 % ne se prononçant pas)

L'avis des professionnels sur les établissements est beaucoup plus réservé puisqu'une majorité considère que la prise en charge en établissement ne constitue pas une réponse satisfaisante aux besoins des personnes âgées du fait du nombre, de la répartition et du manque de diversité des places installées.

En ce qui concerne les **résidences services**, les évaluateurs considèrent à 38,46 % que la **qualité des prestations** est **satisfaisante ou très satisfaisante** ; 34,62 % des répondants ne se sont pas prononcés sur cette question.

i/ L'accessibilité financière des services et les modes de prise en charge

30) Comment estimez-vous le coût d'accès aux différentes modalités de prise en charge :



Le coût de l'accueil familial, des services mandataires, des intervenants en mode gré à gré est jugé accessible alors que les tarifs des services prestataires, des EHPAD, des EHPA et des résidences services sont considérés élevés ou trop élevés.

j/ Les principaux points forts et points faibles du système de prise en charge des personnes âgées

Les évaluateurs considèrent que les principaux points forts du système de prise en charge des personnes âgées sont :

- le nombre de services d'aide à domicile (pour 26,56 % d'entre eux),
- la qualité de la collaboration entre le Conseil général et les services d'aide à domicile (pour 17,19 % d'entre eux),
- la diversité des services d'aide à domicile pour personnes âgées proposés (pour 15,63 % d'entre eux),
- le nombre d'accueillants familiaux (pour 9,38 % des répondants).



En revanche, les principaux **points faibles** du système sont :

- le **nombre insuffisant de places en structures d'hébergement pour personnes âgées ou à des tarifs trop élevés** (pour 24,59 % des répondants),
- la **répartition territoriale des accueillants familiaux** (pour 13,11 % des répondants),
- la **diversité des services d'aide à domicile pour personnes âgées proposés** (pour 9,84 % des répondants).

k/ Les propositions pour le prochain schéma

Les évaluateurs souhaiteraient voir les points suivants traités dans le prochain schéma :

- Renforcer les **formations pour tous les intervenants de l'aide à domicile** (y compris mandataire et gré à gré)
- **Augmenter le nombre de places habilitées à l'aide sociale en établissement et le nombre de places en SSIAD**
- Créer un **service d'accueil de nuit** pour personnes âgées démentes afin de soulager les aidants
- Renforcer les **formations** (développer les groupes de parole) des **accueillants familiaux et de leurs remplaçants**
- Envisager des **solutions intermédiaires d'accueil entre le maintien à domicile et l'accueil en établissement** (logements individuels avec aides à domicile en commun...).



Le Schéma départemental
2011/2016 en faveur
des **personnes âgées**



CHAPITRE N° 5

Fiches actions





Les fiches actions ont été élaborées à partir du travail de 4 groupes de réflexion qui se sont réunis entre avril et juin 2010 autour des thématiques suivantes :

- Comment faciliter la coordination et le travail en réseau des acteurs intervenant auprès de la personne âgée ?
- Comment améliorer l'offre d'accompagnement des personnes âgées à domicile ou en famille d'accueil et comment soutenir et former les intervenants, les aidants naturels et les accueillants familiaux ?
- Comment optimiser l'accueil en établissement et comment l'adapter aux besoins notamment des personnes désorientées ?
- Comment encourager le maintien et l'intégration des personnes âgées dans la société ?

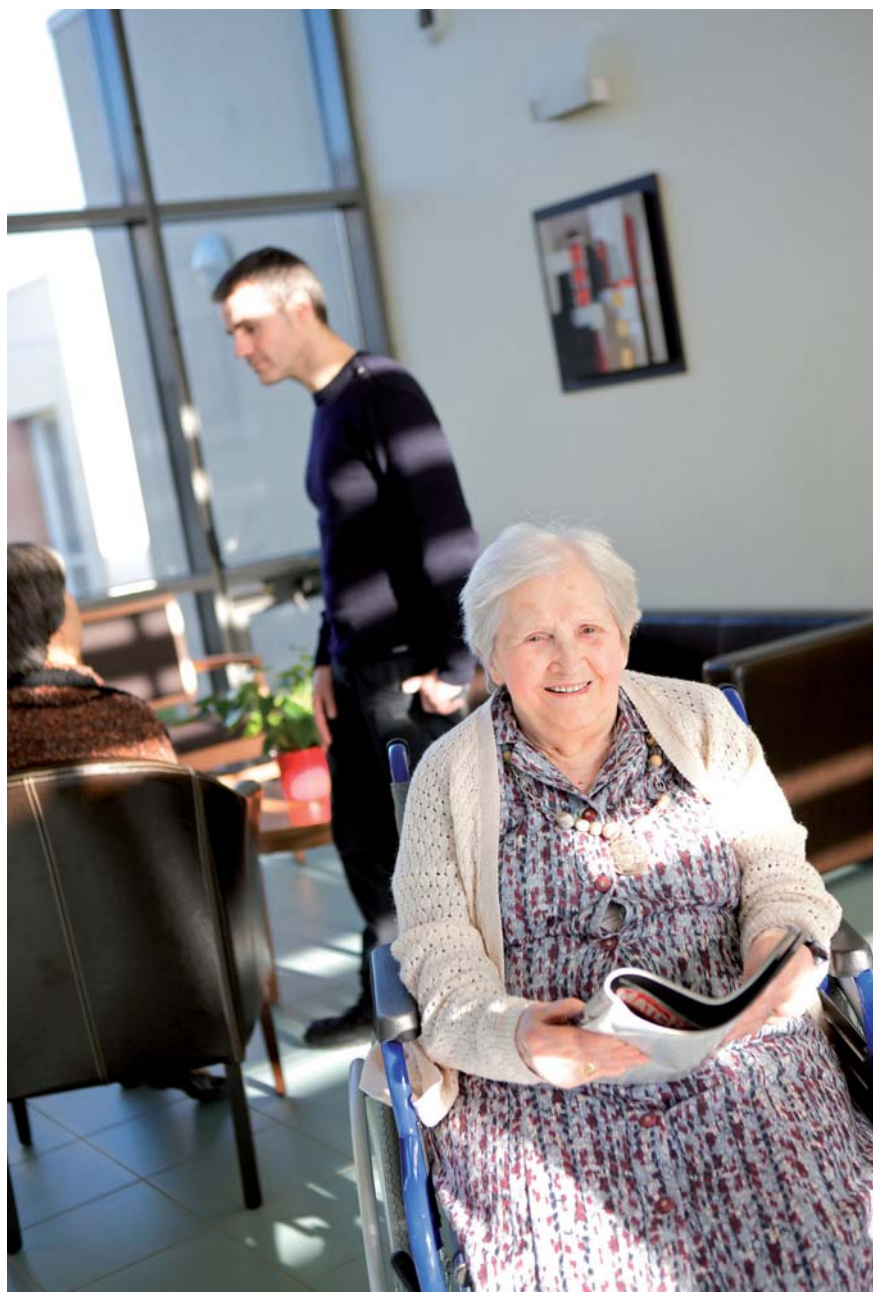
Chaque groupe de travail était composé d'environ une vingtaine de personnes, représentatives des différents métiers concernés, des différents secteurs du département et associant systématiquement des représentants des usagers.

Ces travaux ont abouti à la définition des orientations générales et à l'élaboration de fiches actions qui ont été présentées au comité technique et au comité de pilotage.

Les résultats des échanges qui ont eu lieu pendant ces groupes de travail ont permis de rédiger des fiches actions organisées autour de 5 axes thématiques :

- Axe 1 : Améliorer l'offre d'accompagnement des personnes âgées à domicile
- Axe 2 : Mieux adapter l'accueil en établissement aux besoins des personnes âgées
- Axe 3 : Soutenir et développer l'accueil familial
- Axe 4 : Optimiser le fonctionnement des structures et favoriser la coordination et le travail en réseau des acteurs intervenant auprès de la personne âgée
- Axe 5 : Encourager le maintien et l'intégration des personnes âgées dans la société

Par ailleurs, un 6^e axe vient compléter ces fiches thématiques afin de favoriser le pilotage de la politique départementale en faveur des personnes âgées et notamment la mise en œuvre du présent Schéma départemental.





5.1 - AXE 1 : AMÉLIORER L'OFFRE D'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES ÂGÉES À DOMICILE

> Fiche action n° 1.1 : mettre en place un protocole partagé de prévention et de signalement de la maltraitance envers les personnes âgées vulnérables

Niveau d'enjeu :



Date de début de mise en œuvre : 2011

→ **Rappel de la problématique** : les formations sur la notion de maltraitance et la manière de promouvoir la bientraitance se développent pour les personnels de l'ensemble des établissements et services. Cependant, les professionnels se trouvent encore parfois en difficulté pour agir concrètement et légalement lorsqu'ils ont connaissance d'une situation préoccupante.

En effet, contrairement au secteur de l'enfance et mises à part les fiches de signalement partagées par le Conseil général et l'ARS utilisées dans les EHPAD, il n'existe pas de procédures formalisées et obligatoires pour permettre la prévention et le signalement des suspicions de maltraitance envers les adultes vulnérables. Le traitement n'est pas systématiquement identique ce qui ne permet pas actuellement de suivi statistique satisfaisant des signalements.

Publics visés : tout professionnel social et médico-social ayant connaissance d'une situation potentielle de maltraitance.

Objectif général : prévenir la maltraitance et proposer des procédures permettant de signaler une situation de maltraitance puis de prendre les mesures adaptées.

Objectifs spécifiques :

Objectif 1 : renforcer la sensibilisation du grand public et des professionnels sociaux, médico-sociaux et sanitaires.

Objectif 2 : mettre en place un suivi des situations signalées et des réponses apportées.

Objectif 3 : mettre en place un outil d'évaluation statistique départemental.

Concernant l'objectif de prévention de la maltraitance et de promotion de la bientraitance

ACTIONS	
Action 1	<ul style="list-style-type: none"> ■ Faire connaître les différentes réponses à apporter en fonction des situations de risque identifiées : <ul style="list-style-type: none"> - Présenter les modalités de prévention des situations de maltraitance : réponses sociales et médico-sociales comme l'hébergement temporaire dans un établissement ou une famille d'accueil, l'accueil d'urgence, la révision du plan d'aide pour éloigner le proche maltraitant...
Action 2	<ul style="list-style-type: none"> ■ Renforcer la communication et la sensibilisation auprès des médecins, des familles et du grand public.

Concernant la construction d'un protocole partagé de signalement à destination des professionnels du Conseil général

ACTIONS	
Action 1	<ul style="list-style-type: none"> ■ Mettre en place des outils partagés de prévention de la maltraitance à partir des dispositifs existants : <ul style="list-style-type: none"> - Élaborer des grilles communes de repérage des risques permettant de fournir des repères aux professionnels et d'avoir ainsi une définition partagée de ce qu'est une situation de maltraitance. - Former les professionnels sociaux et médico-sociaux. - Veiller à la diffusion des outils existants en établissements.
Action 2	<ul style="list-style-type: none"> ■ Établir, puis faire connaître, les procédures à appliquer en cas de suspicion de maltraitance : <ul style="list-style-type: none"> - Se mettre en cohérence sur la procédure de signalement qui va être mise en place au sein des services départementaux pour bâtir une procédure simple et utilisable par tous les acteurs. - Fournir des critères permettant de déterminer le niveau de l'action à mettre en œuvre. - Établir et diffuser des outils (fiches de procédure, exemples de courriers-types) pour effectuer le signalement au procureur ou aux services compétents du Département et de l'État en fonction de la nature et de la gravité de la situation.
Action 3	<ul style="list-style-type: none"> ■ Réaliser un suivi des situations signalées et des réponses apportées : <ul style="list-style-type: none"> - Mettre en place un relevé partagé d'informations, sous la forme d'un tableau de bord à l'échelle du département et, éventuellement, à terme, un observatoire départemental.

**Résultat(s) attendu(s) :**

- Meilleure sensibilisation du grand public et des professionnels permettant de lutter contre la maltraitance.
- Dispositifs de prévention et de signalement de la maltraitance renforcés et connus de tous.
- Réactions plus rapides et une meilleure adaptation des réponses apportées en fonction des situations.
- Meilleur suivi et une meilleure analyse des signalements et des réponses proposées.

Indicateurs d'évaluation :

- Évaluation des délais de réaction et de propositions de solutions (évaluation du fonctionnement et de la bonne utilisation des outils de repérage et de signalement).
- Évolution du nombre de situations de maltraitance.

Pilote / responsable de la mise en œuvre : Direction de l'Autonomie du Conseil général, Délégations Territoriales du Conseil général et Agence Régionale de Santé (pour le lien avec la plate-forme régionale dite « cellule de veille et de gestion des signaux »).

Partenaires associés : SAD, SSIAD, médecins traitants, établissements, CLIC, services départementaux, CODERPA, ALMA.

> Fiche action n° 1.2 : renforcer la formation continue et la supervision des intervenants des services d'aide à domicile prestataires autorisés

Niveau d'enjeu :

① ② ③

Date de début de mise en œuvre : 2011

→ **Rappel de la problématique** : le souci de professionnalisation des intervenants à domicile s'est renforcé depuis la mise en place de l'APA et suite à la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002, rénovant l'action sociale et médico-sociale. Cependant, même si d'importants progrès ont été réalisés depuis la rédaction du précédent schéma, il semble indispensable de favoriser la formation continue et la supervision des intervenants, du fait notamment de l'isolement et l'épuisement de ces professionnels. En outre, des groupes d'aide aux aidants professionnels doivent également être encouragés. Enfin, les personnels d'encadrement doivent être qualifiés afin d'améliorer les conditions d'organisation des services.

Publics visés : les professionnels intervenant auprès de personnes âgées à domicile et leurs encadrants.

Objectif général : encourager la formation continue des intervenants des services d'aide à domicile prestataires autorisés, poursuivre la formation des personnels, de leur encadrement et soutenir en particulier la mise en place de séances d'analyse de la pratique.

Engager à terme une réflexion sur la professionnalisation du secteur mandataire et des emplois directs.



ACTIONS	
Action 1	■ Identifier les services à domicile dont le personnel est le moins qualifié (taux d'auxiliaires de vie sociale inférieur à 30 % des effectifs d'intervention) et dont l'encadrement est le moins structuré, ayant besoin de participer à un programme de formation technique et d'analyse de la pratique. Envisager avec ces services les modalités possibles de remplacement et leur coût.
Action 2	■ Encourager l'inscription des personnels insuffisamment qualifiés des services dans les programmes de formation existants.
Action 3	■ Identifier les financements possibles (CNSA, fonds européens, région, DIRECCTE).
Action 4	■ Vérifier la qualité de ces formations et en évaluer l'impact sur les pratiques professionnelles.

Résultat(s) attendu(s) :

- Amélioration de la qualité de la prise en charge à domicile.
- Réduction de la fatigue physique et psychologique des intervenants à domicile.
- Amélioration de la qualification des encadrants.
- Réduction de l'isolement des professionnels intervenant à domicile.

Indicateurs d'évaluation :

- Nombre d'heures de formation technique et d'analyse de la pratique organisées.
- Nombre de personnes ayant participé à ces séances.
- Nombre de personnes qualifiées.

Pilote / responsable de la mise en œuvre : Direction de l'Autonomie du Conseil général, Délégations Territoriales du Conseil général et ARS (section IV CNSA).

Partenaires associés : services d'aide à domicile, EHPAD, organismes de formation, Conseil régional, DIRECCTE, FEPEM (fédération des particuliers employeurs).

> Fiche action n° 1.3 : proposer des accueils de jour répondant aux besoins des personnes âgées

Niveau d'enjeu :

① ② ③

Date de début de mise en œuvre : 2012

→ **Rappel de la problématique** : les places existantes en accueil de jour sont peu connues du public et leur taux d'occupation est très faible (20 % en moyenne).

Les freins sont nombreux pour les personnes âgées et leur entourage : problèmes de transport pour se rendre en accueil de jour, difficultés à être confronté à la dépendance des résidents en EHPAD, difficulté à accepter de laisser son conjoint partir en accueil de jour...

De même, pour les établissements, il s'agit de places qu'il est parfois difficile d'intégrer dans le projet d'établissement global et qui ne sont pas utilisées de façon optimale, même si leur financement est souvent prévu à l'origine dans le projet d'établissement.

Publics visés : personnes âgées en perte d'autonomie (plus particulièrement personnes présentant la maladie d'Alzheimer ou des troubles apparentés) et vivant à domicile ainsi que leurs aidants.

Objectif général : développer l'accueil de jour comme une offre à part entière avec un projet d'accueil spécifique, ciblé selon les besoins repérés sur les territoires.

Objectifs spécifiques :

Objectif 1 : permettre aux personnes âgées de bénéficier d'activités adaptées à leur degré d'autonomie.

Objectif 2 : permettre aux aidants naturels et aux accueillants familiaux de profiter de moments de répit.



ACTIONS

Action 1	<ul style="list-style-type: none">■ Créer et regrouper les accueils de jour autorisés en un (ou plusieurs) sites dédiés à l'accueil de jour, non situés nécessairement au sein d'un EHPAD, avec du personnel et des activités spécifiques (appel à projets en application de la réglementation en vigueur) :- Identifier les partenaires du projet : établissements regroupés autour de ce projet d'accueil de jour ou un établissement porteur, collectivités locales...- Identifier le lieu adapté à partir des besoins des partenaires.- Construire le projet de cet accueil de jour (équipe et activités dédiées) en s'appuyant sur les projets déjà en activité.
Action 2	<ul style="list-style-type: none">■ Encourager les conventions avec les services de transport adapté pour pouvoir se rendre à cet accueil de jour.
Action 3	<ul style="list-style-type: none">■ Diffuser les informations concernant les places d'accueil de jour existantes le plus largement possible, les activités proposées et les modalités de transport (via une communication adaptée, le développement des préconisations d'accueil de jour dans les plans d'aide...).

Résultat(s) attendu(s) :

- Proposer des places d'accueil de jour mieux adaptées aux besoins des personnes âgées et de leur famille et donc mieux utilisées. Permettre le répit des aidants.

Indicateurs d'évaluation :

- Nombre de places d'accueil de jour regroupées en site autonome ou rattachées à un EHPAD.
- Taux d'occupation des places d'accueil de jour.

Pilote / responsable de la mise en œuvre : Direction de l'Autonomie du Conseil général et ARS.

Partenaires associés : EHPAD, services de transport, services d'aide à domicile, CODERPA, réseaux gérontologiques, CLIC, France Alzheimer, délégations territoriales du Conseil Général.

5.2 - AXE 2 : MIEUX ADAPTER L'ACCUEIL EN ÉTABLISSEMENT AUX BESOINS DES PERSONNES ÂGÉES

> Fiche action n° 2.1 : favoriser l'accès des bénéficiaires de l'aide sociale départementale à des lits habilités à l'aide sociale

Niveau d'enjeu :

① ② ③

Date de début de mise en œuvre : 2011

→ **Rappel de la problématique** : actuellement, seuls les établissements publics et quelques établissements privés à but non lucratif sont habilités à l'aide sociale en Charente-Maritime. Dès lors, dans la mesure où la répartition entre le secteur public, privé non lucratif et privé lucratif n'est pas homogène sur l'ensemble du département, certaines zones sont moins bien dotées en places habilitées à l'aide sociale que d'autres.

Par ailleurs, ces places n'étant pas réservées à des personnes potentiellement bénéficiaires de l'aide sociale, elles ne sont pas toujours disponibles quand une personne ayant de faibles ressources le nécessiterait. Les délais sont longs pour accéder à ces lits, engendrant un allongement des durées de prise en charge inadaptées (hôpital, soins de suite, domicile).

En 2010, seul un tiers des places disponibles en établissements habilités à l'aide sociale sont occupées par des personnes relevant de l'aide sociale.

Dans le même temps, les autres résidents, qui payent l'intégralité du coût de leur hébergement, recherchent les tarifs les plus accessibles, prix généralement proposés par des établissements habilités à l'aide sociale.

Publics visés : les personnes âgées bénéficiaires de l'aide sociale.

Objectif général : favoriser un égal accès des personnes âgées, relevant de l'aide sociale à l'hébergement, aux établissements sur tout le département.

Examiner les possibilités suivantes pour améliorer cette situation :

- Augmenter le nombre de lits habilités en établissements publics et associatifs (notamment dans les structures habilitées partiellement).
- Envisager l'habilitation partielle à l'aide sociale départementale de lits en établissements privés lucratifs (de 1 à 3 lits), cette disposition ne s'appliquant que sur les pays dotés d'un ratio de lits habilités par rapport à la population inférieur à la moyenne départementale.



Objectifs spécifiques :

Objectif 1 : identifier des solutions permettant d'offrir un plus grand nombre de places habilitées à l'aide sociale aux Charentais-Maritimes.

Objectif 2 : faciliter l'entrée en établissement des personnes âgées et permettre ainsi de réduire les délais de prise en charge inadaptée (domicile, hôpital, soins de suite).

ACTIONS	
Action 1	■ Étudier différents scénarios d'évolution possible en analysant notamment leur impact organisationnel et budgétaire dans les établissements concernés et pour le Conseil général.
Action 2	■ Animer un groupe de travail notamment avec les gestionnaires d'établissement concernés afin d'identifier les conditions de mise en œuvre de ces différentes solutions (notamment tarif maximum d'hébergement).

Résultat(s) attendu(s) :

■ Permettre aux personnes âgées et à leurs familles de trouver plus facilement un établissement d'un rapport qualité-prix correspondant à leurs souhaits et à leurs ressources.

Indicateurs d'évaluation :

- Évolution du nombre de places habilitées à l'aide sociale accessibles aux personnes âgées du département.
- Évolution du nombre de personnes relevant de l'aide sociale occupant des places en établissement pour personnes âgées.

Pilote / responsable de la mise en œuvre : Direction de l'Autonomie du Conseil général.

Partenaires associés : ARS, établissements accueillant des personnes âgées dépendantes et leurs syndicats et fédérations représentatives, CODERPA, Direction des Affaires Juridiques du Conseil général.

> Fiche action n° 2.2 : développer un outil partagé de suivi des places disponibles en établissement

Niveau d'enjeu :

① ② ③

Date de début de mise en œuvre : 2011

(installation d'un groupe de travail visant à élaborer le cahier des charges afin de mettre en place, sur le plan technique, cet outil).

→ **Rappel de la problématique** : le centre départemental d'information sur l'hébergement des personnes âgées (CIDHPA) du Conseil Général permet de recenser les places disponibles auprès des établissements et de donner l'information aux usagers et à leurs familles. Mais ce dernier n'est pas informatisé et ne permet pas une gestion et un partage des informations en temps réel.

Publics visés : les personnes âgées et leurs familles recherchant une place en établissement, les directeurs d'établissement, les professionnels de terrain.

Objectif général : suivi et accessibilité en ligne (pour le public et pour les professionnels) des places disponibles, mises à jour en temps réel.

Objectifs complémentaires :

Objectif 1 : mobiliser l'ensemble des établissements sur la nécessité de disposer en temps réel d'une photographie des places disponibles (y compris les lits d'hébergement temporaire et les places d'accueil de jour).

Objectif 2 : améliorer la qualité de réponse aux demandes des usagers (également en complétant le suivi des places disponibles par des informations générales sur les établissements).

Objectif 3 : mesurer l'adéquation entre l'offre et les besoins et pouvoir déterminer, de manière objective, l'importance du différentiel pouvant exister afin d'éclairer les choix des pouvoirs publics en matière de création de places.



ACTIONS	
Action 1	<ul style="list-style-type: none">■ Mettre en place un groupe de travail visant à l'élaboration du cahier des charges technique de l'outil :<ul style="list-style-type: none">- Cerner les besoins des établissements et des usagers à l'aide d'un questionnaire ou d'entretiens.- Définir les procédures souhaitées.- Définir les différentes habilitations (droit d'accès en lecture, en modification...) pour chaque type d'utilisateurs (à déterminer).- Finaliser le cahier des charges. <p><i>Ou identifier si les logiciels existants pourraient répondre à ce besoin.</i></p>
Action 2	■ Publier un appel d'offre sur la base de ce cahier des charges.
Action 3	■ Poursuivre les travaux du groupe thématique pour la sélection de l'offre puis la mise en œuvre concrète de l'outil informatique (paramétrage, tests...).
Action 4	■ Veiller à la mise à jour régulière de l'outil en réalisant des actions de sensibilisation des responsables d'EHPAD et d'EHPA.
Action 5	■ Communiquer sur cet outil auprès des usagers et des familles.

Résultat(s) attendu(s) :

- Amélioration de la transparence de la gestion des lits et places.
- Optimisation de la gestion des places d'EHPAD.
- Amélioration de la qualité de l'information des personnes âgées et des familles.
- Visibilité accrue pour le Conseil général et l'ARS quant à l'occupation des places autorisées et installées.

Indicateurs d'évaluation :

- Mise en œuvre de la base de gestion des lits et places disponibles.
- Actualisation des places disponibles par les responsables d'établissement.
- Nombre de connexions de la part des usagers, de leurs familles et des professionnels.
- Évaluation de la satisfaction des usagers et des professionnels sur cet outil (enquête de satisfaction).

Pilote / responsable de la mise en œuvre : Direction de l'Autonomie, Direction des Systèmes d'Information, Direction de la Communication des Stratégies Innovantes et de l'International du Conseil général.

Partenaires associés : Délégations Territoriales du Conseil général, ARS, Directeurs d'établissements, CLIC, CCAS, agents intervenant auprès du public susceptibles d'avoir accès à cet outil (service social du Conseil général, service social des centres hospitaliers), CODERPA.

> Fiche action n° 2.3 : élaborer une charte relative aux tarifs des établissements en cohérence avec les besoins des personnes âgées

Niveau d'enjeu :

① ② ③

Date de début de mise en œuvre : 2012

→ **Rappel de la problématique** : des écarts de prix importants sont constatés entre les établissements en fonction des secteurs du département. En outre, comme le confirment les résultats de l'enquête réalisée auprès des personnes âgées à domicile, les tarifs des établissements (et en particulier le reste à charge) constituent une préoccupation majeure lorsque l'entrée en établissement devient nécessaire.

Les taux d'occupation sont eux aussi inégaux : les établissements privés présentent un nombre de places disponibles plus élevé que celui observé dans les établissements publics.

Les tarifs ne sont pas toujours aisément comparables car certains établissements proposent des prestations annexes facturées en supplément. Par ailleurs, les personnes âgées disposant de faibles revenus ont des difficultés à trouver des places à un prix accessible.

Publics visés : les responsables d'établissement.

Objectif général : favoriser un égal accès des personnes âgées aux établissements sur tout le département et éviter les écarts excessifs de tarifs.

Objectifs spécifiques :

Objectif 1 : assurer une meilleure transparence des prix pour les usagers.

Objectif 2 : inciter les établissements à proposer des tarifs tout compris, sans prestation en supplément.

ACTIONS	
Action 1	■ Recenser les bonnes pratiques et rédiger, en concertation avec les établissements, les grands principes d'une charte.
Action 2	■ Intégrer la charte en annexe des conventions tripartites signées avec les établissements.
Action 3	■ Valoriser cette charte / Mettre en œuvre des actions de communication.



Résultat(s) attendu(s) :

- Permettre aux personnes âgées et à leurs familles de trouver plus facilement un établissement d'un rapport qualité-prix correspondant à leurs moyens et à leurs souhaits.
- Favoriser la transparence des prix permettant une véritable comparaison entre les établissements.

Indicateurs d'évaluation :

- Nombre de signatures de la charte par les établissements.
- Évolution des tarifs facturés.
- Prestations facturées en supplément.

Pilote / responsable de la mise en œuvre : Direction de l'Autonomie du Conseil général, ARS.

Partenaires associés : établissements accueillant des personnes âgées et leurs syndicats et fédérations représentatives, CODERPA, DIRECCTE.

> Fiche action n° 2.4 : mettre en place un dossier partagé et une procédure unique de demande d'inscription en établissement

Niveau d'enjeu :

① ② ③

Date de début de mise en œuvre : 2012

→ **Rappel de la problématique** : il n'existe pas actuellement au niveau départemental de procédure homogène concernant l'inscription en EHPAD (certaines initiatives existent au niveau local, mais elles demeurent exceptionnelles). Ainsi, des personnes âgées à la recherche d'une place sont-elles obligées de remplir autant de dossiers de demandes que d'établissements sollicités et doivent souvent produire plusieurs fois les mêmes pièces (notamment certificat médical), source de difficultés pour ces personnes et leurs familles et de saisies multiples pour les médecins traitants notamment.

Publics visés : personnes âgées en attente de place en établissement et leurs familles.

Objectif général : optimiser et rendre homogène en la simplifiant la recherche de place en établissement pour les personnes âgées et leur entourage.

Objectifs spécifiques :

Objectif 1 : identifier les informations permettant d'examiner une demande d'entrée en établissement afin de modéliser un document commun d'inscription.

Objectif 2 : simplifier les modalités pratiques d'inscription notamment en évitant la mise en place de dossiers successifs.

ACTIONS	
Action 1	■ Créer un groupe de travail (Directions d'établissement, médecins coordonnateurs, personnes en charge de la coordination des situations individuelles, travailleurs sociaux chargés de l'accompagnement des personnes âgées et hôpitaux) afin de définir les éléments figurant dans les dossiers d'admission et de constituer un dossier type en s'appuyant sur les initiatives existantes.
Action 2	■ Soumettre le dossier type d'admission à chaque fédération d'établissements afin de recueillir les demandes de modification / complément. Diffuser le document validé à tous les établissements et aux partenaires associés.



Résultat(s) attendu(s) :

- Simplification des modalités de dépôt de dossier pour les personnes âgées.
- Partage par tous les professionnels en charge du suivi et de l'accompagnement (social et médical) des personnes âgées des règles préliminaires à l'admission en EHPAD.

Indicateurs d'évaluation :

- Élaboration d'un document commun à tous les établissements.
- Nombre de conventions tripartites dans lesquelles le dossier d'admission partagé est inscrit.
- Nombre d'établissements utilisant effectivement le dossier commun d'admission.

Pilote / responsable de la mise en œuvre : Direction de l'Autonomie du Conseil général, ARS.

Partenaires associés : conférences de territoire de santé, associations professionnelles des directions d'EHPAD (fédérations et syndicats), associations professionnelles des médecins coordonnateurs, CLIC, hôpitaux, équipes d'évaluation de l'APA, travailleurs sociaux.

> Fiche action n° 2.5 : favoriser les solutions d'admission rapide en EHPAD

Niveau d'enjeu :

① ② ③

Date de début de mise en œuvre : 2013

→ **Rappel de la problématique** : actuellement, de nombreuses personnes âgées intègrent les EHPAD à la suite de situations de crise. Il arrive également que des personnes âgées soient adressées au service des urgences hospitalières alors que leur besoin relève plus d'une urgence sociale et donc d'une prise en charge dans le secteur médico-social (par exemple dans le cas où l'aidant naturel d'une personne âgée dépendante est hospitalisé, la personne doit trouver une solution de prise en charge rapidement). Or, les délais d'accès aux EHPAD peuvent être longs et peuvent avoir tendance à influencer négativement sur l'activité hospitalière (durée moyenne de séjour des personnes âgées élevée même en l'absence de justification sanitaire). Certains EHPAD assurent cet accueil en urgence, mais pas la nuit, faute de moyens professionnels adaptés.

Publics visés : personnes âgées en situation de crise.

Objectif général : permettre une prise en charge sans délai pour des personnes âgées dont les besoins ne relèvent ni d'une hospitalisation, ni d'un accompagnement à domicile.

Objectifs spécifiques :

Objectif 1 : mettre à la disposition des personnes âgées, de leurs familles et des professionnels en charge de leur orientation une liste des places vacantes sur chaque pays.

Objectif 2 : dans le cadre des compétences techniques des EHPAD, proposer des places accessibles dans des délais courts pour des personnes âgées en situation de crise.

ACTIONS	
Action 1	■ Organiser le partage des données sur les places disponibles avec les établissements (cf. fiche sur l'outil partagé de places disponibles).
Action 2	■ Mettre en place un dispositif d'accueil rapide coordonné en travaillant entre EHPAD de même secteur.
Action 3	■ Identifier les dispositifs financiers mobilisables en urgence.
Action 4	■ Organiser un suivi du dispositif.



Résultat(s) attendu(s) :

- Réalisation de la prise en charge immédiate.

Indicateurs d'évaluation :

- Nombre de situations prises en charge dans des délais rapides.
- Nombre de situations non prises en charge immédiatement.
- Délai moyen constaté entre la demande et l'attribution d'une place demandée dans le cadre de cette procédure accélérée.

Pilote / responsable de la mise en œuvre : Direction de l'Autonomie du Conseil général.

Partenaires associés : ARS, EHPAD, CLIC, travailleurs sociaux polyvalents et hospitaliers, hôpitaux.





5.3 - AXE 3 : SOUTENIR ET DÉVELOPPER L'ACCUEIL FAMILIAL

> Fiche action n° 3.1 : développer la formation continue et favoriser le répit des accueillants familiaux

Niveau d'enjeu :



Date de début de mise en œuvre : 2011

→ **Rappel de la problématique** : l'accueil familial, particulièrement développé en Charente-Maritime, constitue une possibilité de prise en charge très appréciée par les personnes âgées ne souhaitant ou ne pouvant plus rester à leur domicile.

Cependant, comme tout professionnel, les accueillants familiaux doivent pouvoir bénéficier de congés et de moments de répit. La question de leur remplacement auprès des personnes âgées accueillies se pose alors. De même, il est nécessaire que les accueillants familiaux puissent prendre le temps de participer à des actions de formation continue et à des groupes de parole.

Publics visés : les accueillants familiaux.

Objectif général : mettre en place des solutions afin de permettre aux accueillants familiaux de profiter de moments de répit et de temps de formation.

Objectif spécifique :

Objectif 1 : faire prendre conscience aux accueillants familiaux de la nécessité de s'accorder des moments de répit.

Objectif 2 : permettre aux accueillants familiaux de bénéficier de temps disponible pour se former et/ou participer à des groupes d'analyse des pratiques.

Sur les aspects relatifs à l'organisation des remplacements :

ACTIONS	
Action 1	<ul style="list-style-type: none"> ■ Identifier, avec les accueillants familiaux, des solutions de remplacement : <ul style="list-style-type: none"> - Faire connaître les possibilités d'hébergement temporaire et d'accueil de jour. - Mettre en place un système de « baluchonnage » (accueillant familial itinérant ou des remplaçants formés). - Résoudre les problèmes juridiques liés au remplacement par un tiers dans l'habitation des accueillants familiaux (assurance notamment). - Mettre en place un système de remplacement assuré par une équipe de salariés ou des familles d'accueil relais (agrées et formées) qui seraient susceptibles d'accueillir à leur domicile les personnes âgées pendant les congés des autres accueillants familiaux (cet accueil doit rester temporaire).
Action 2	<ul style="list-style-type: none"> ■ Rendre obligatoire la prise de congés par les accueillants familiaux : obligation notifiée dans l'agrément du Conseil général par exemple et préciser les dispositions concernant les congés dans le contrat d'accueil.
Action 3	<ul style="list-style-type: none"> ■ Contrôler le respect de ces obligations.

Sur les aspects relatifs à l'organisation de la formation continue des accueillants familiaux :

ACTIONS	
Action 1	<ul style="list-style-type: none"> ■ Construire le programme de formation technique et d'analyse de la pratique par le Conseil général et identifier l'animateur de ces groupes (ex. psychologue).
Action 2	<ul style="list-style-type: none"> ■ Identifier les financements possibles (CNSA, fonds européens, Région, DIRECCTE, Conseil général).
Action 3	<ul style="list-style-type: none"> ■ Vérifier la qualité de ces formations, la satisfaction des participants et évaluer l'impact suite aux formations.



Résultat(s) attendu(s) :

- Réduction de la fatigue physique et psychologique des accueillants familiaux.
- Amélioration de la qualité de la prise en charge en famille d'accueil.
- Réduction de l'isolement des accueillants familiaux.

Indicateurs d'évaluation :

- Nombre de jours de congés pris par les accueillants familiaux.
- Taux de recours aux accueillants familiaux de remplacement / Nombre de jours d'accueil de jour ou d'hébergement temporaire utilisés par des personnes accueillies en familles d'accueil.

Pilote / responsable de la mise en œuvre : Délégations Territoriales du Conseil général, Direction de l'Autonomie du Conseil général.

Partenaires associés : association d'accueillants familiaux, EHPAD, Direction des Affaires Juridiques du Conseil général.

> Fiche action n° 3.2 : mettre en place un règlement de fonctionnement de l'accueil familial

Niveau d'enjeu :

① ② ③

Date de début de mise en œuvre : 2011

→ **Rappel de la problématique** : le respect mutuel, indispensable dans une famille d'accueil, n'est pas toujours présent dans les faits. En effet, certains accueillants familiaux regrettent le manque de respect de leur domicile par les familles des personnes âgées accueillies. En retour, les habitudes et le mode de vie des personnes âgées doivent également, dans la mesure du possible, être respectées par la famille d'accueil.

Publics visés : les accueillants familiaux et les personnes âgées accueillies ainsi que leur famille.

Objectif général : fixer un cadre facilitant la cohabitation entre la personne âgée et son accueillant familial ainsi que les relations de ce dernier avec la famille de la personne âgée⁷.

Rappeler aux accueillants les obligations liées à l'agrément.

Objectifs spécifiques :

Objectif 1 : faciliter le dialogue entre les accueillants familiaux et les familles des personnes âgées accueillies et permettre des ajustements mutuels au-delà du cadre fixé.

Objectif 2 : renforcer l'adéquation entre le projet d'accueil de l'accueillant familial et le projet de vie de la personne âgée.

7. Les règles éditées devront englober également le positionnement des accueillants familiaux remplaçants dans le cadre de la mise en place du « baluchonnage ».



ACTIONS	
Action 1	■ Recueillir les volontés des différents acteurs et faire le point sur les difficultés rencontrées et les attentes de chacun.
Action 2	■ Mettre en place, de manière partagée, un règlement de fonctionnement de l'accueil familial : - Fondé sur la charte des droits et libertés des personnes âgées dépendantes et sur les accords mutuels et informels déjà mis en place par certains accueillants familiaux. - Décrivant précisément les droits et les devoirs de chaque partie, tout en permettant des ajustements mutuels. - Annexé au contrat liant l'accueillant familial et la personne âgée.

Résultat(s) attendu(s) :

- Clarification des droits et des devoirs des différentes parties.
- Meilleur respect mutuel des modes de vie de chacun.
- Amélioration de la qualité de prise en charge en famille d'accueil.

Indicateurs d'évaluation :

- Mise en place du règlement de fonctionnement.
- Évolution des réclamations des accueillants familiaux et des familles des personnes âgées accueillies : évaluation de la connaissance et respect mutuel de ce règlement de fonctionnement dans le cadre du renouvellement de l'agrément.

Pilote / responsable de la mise en œuvre : Direction de l'Autonomie du Conseil général, Délégations Territoriales du Conseil général.

Partenaires associés : associations d'accueillants familiaux, Direction des Affaires Juridiques du Conseil général.

> Fiche action n° 3.3 : expérimenter le développement d'un système d'accueil familial regroupé

Niveau d'enjeu :

① ② ③

Date de début de mise en œuvre : 2012

→ **Rappel de la problématique** : le département de la Charente-Maritime dispose d'un grand nombre de places en familles d'accueil pour les personnes âgées par rapport à d'autres départements. Un effort important de professionnalisation a été mis en place au cours de ces dernières années, qui a conduit à une diminution du nombre de familles d'accueil. Or, dans la mesure où cette catégorie d'accueil correspond à une véritable demande des personnes âgées, il semble important de pouvoir maintenir ce type d'offre tout en poursuivant le processus de professionnalisation des accueillants familiaux. Parallèlement, on constate un vieillissement des familles d'accueil et il semble donc nécessaire de proposer des nouvelles formes d'accueil pour attirer de jeunes professionnels.

Publics visés : accueillants familiaux hébergeant des personnes âgées.

Objectif général : permettre à plusieurs familles d'accueil de se regrouper afin d'améliorer la qualité globale de l'accueil proposé aux personnes âgées et les conditions de vie professionnelle des accueillants familiaux.

Objectifs spécifiques :

Objectif 1 : permettre aux familles d'accueil de rompre l'isolement pour elles-mêmes et pour les personnes âgées qu'elles accompagnent.

Objectif 2 : optimiser les interventions des services support auprès de ces « groupes » de familles d'accueil.



ACTIONS	
Action 1.1	■ Définir les conditions optimales des regroupements envisagés faisabilité (nombre de familles, types de programme immobilier, loyer acceptable, niveaux d'occupation des locaux communautaires du programme immobilier...) et le souhait des pouvoirs publics de s'y impliquer (demande faite aux offices publics et privés de HLM, sollicitations d'associations en charge de l'animation, financement ou non de certaines actions...).
Action 1.2 faisabilité (simultanée à l'action 1.1)	■ Recruter des familles d'accueil sur une commune expérimentale.
Action 2	■ Si la faisabilité s'avère satisfaisante, construction du projet avec sollicitation des financeurs et de l'ensemble des acteurs concernés (familles d'accueil, promoteurs immobiliers...).

Résultat(s) attendu(s) :

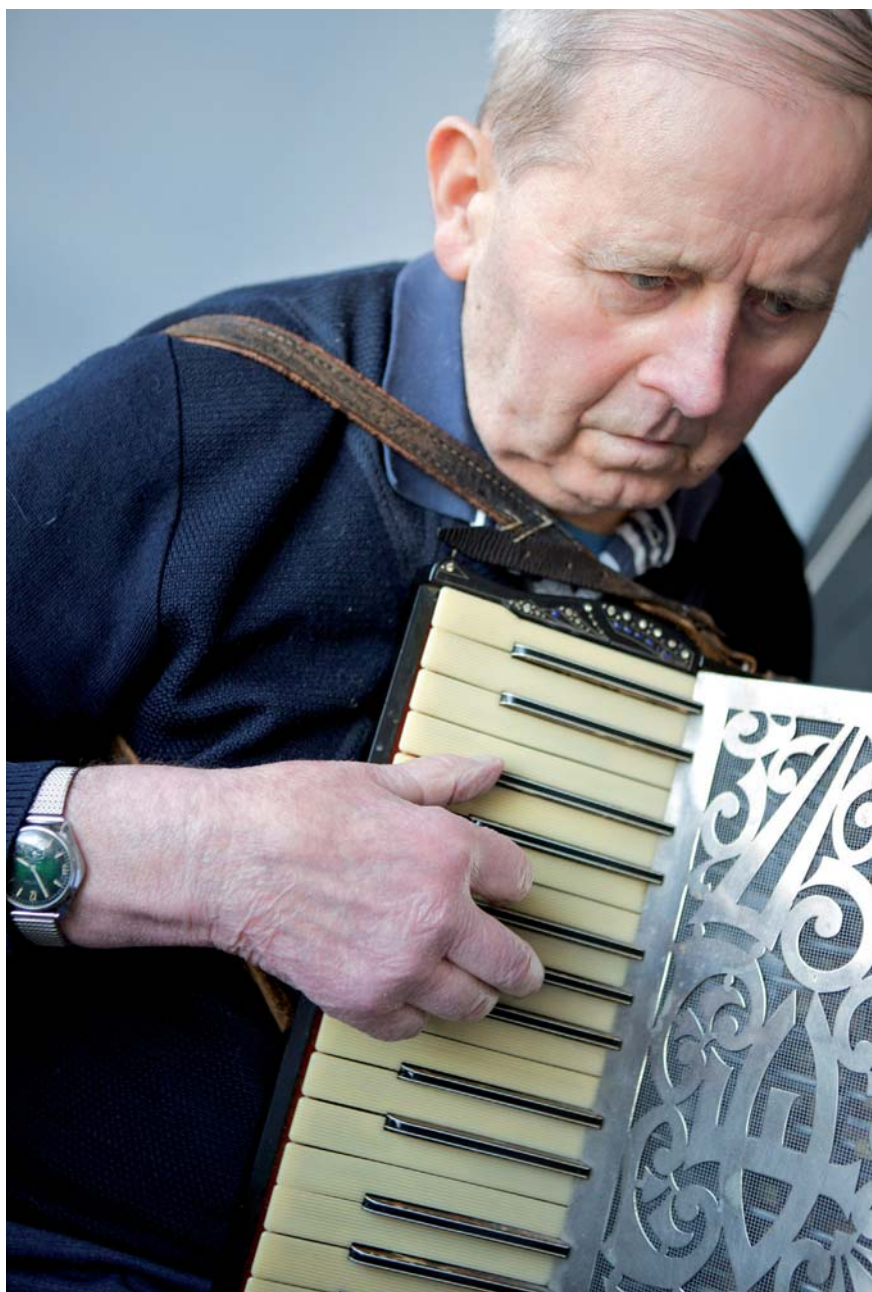
- Amélioration de la qualité de la prise en charge des personnes âgées dans le cadre de familles d'accueil regroupées.

Indicateurs d'évaluation :

- Nombre de places créées par les regroupements d'accueillants familiaux.
- Évaluation de l'expérimentation (questionnaires auprès des personnes accueillies et des familles d'accueil, évaluation du montage financier et du coût réel au regard des ressources des personnes âgées et de l'allocation de placement familial).

Pilote / responsable de la mise en œuvre : Direction de l'Autonomie, Direction de l'Habitat et du Logement et Délégations Territoriales du Conseil général.

Partenaires associés : association d'accueillants familiaux, promoteurs immobiliers (publics et privés), municipalités, ARS, Direction des Affaires Juridiques du Conseil général.





5.4 - AXE 4 : OPTIMISER LE FONCTIONNEMENT DES STRUCTURES ET FAVORISER LA COORDINATION ET LE TRAVAIL EN RÉSEAU DES ACTEURS INTERVENANT AUPRÈS DE LA PERSONNE ÂGÉE

> **Fiche action n° 4.1 : favoriser les mutualisations et les regroupements entre les structures pour optimiser leur fonctionnement ainsi que la qualité de prise en charge des usagers**

Niveau d'enjeu :



Date de début de mise en œuvre : 2011

→ **Rappel de la problématique** : une prise en charge de qualité, à domicile ou en établissement, suppose, entre autres, une taille critique des structures. Or, il existe encore de nombreuses petites structures dont l'équilibre financier est parfois précaire, notamment parmi les services à domicile.

Par ailleurs, les nouvelles normes régulièrement imposées, en particulier aux établissements, ainsi que la nécessaire réhabilitation des bâtiments génèrent des dépenses importantes répercutées in fine sur les tarifs.

Des mutualisations de moyens et des groupements d'achats sont déjà réalisés par certains groupes privés et quelques associations et fédérations.

Les modes de financement des prestations constituent un enjeu majeur pour la pérennité des structures d'intervention à domicile (notamment les services d'aide à domicile). Le Conseil général, comme les autres financeurs, est confronté à un contexte de restriction budgétaire.

Les regroupements sont possibles au sein de structures comme les groupements de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS). Ceux-ci permettent, outre le fait de porter des autorisations et de répondre aux appels à projets, de mettre en commun des personnels notamment de direction et des services techniques, logistiques et administratifs.

Publics visés : les services intervenant à domicile et les établissements accueillant des personnes âgées ainsi que leurs partenaires.

Objectif général : Encourager les structures à se regrouper ou à mettre en commun des moyens.

Objectifs spécifiques :

Objectif 1 : atteindre une taille critique, garante d'un meilleur fonctionnement des services et d'une prise en charge des usagers plus adaptée.

Objectif 2 : permettre des économies d'échelle et de fonctionnement et sécuriser la pérennité des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Objectif 3 : permettre l'accès à des compétences variées grâce aux mutualisations de personnel.

Objectif 4 : renforcer la qualité de service (y compris en facilitant la continuité de prise en charge à domicile).

ACTIONS	
Action 1	<ul style="list-style-type: none"> ■ Identifier et définir, en concertation avec les acteurs, des critères relatifs : <ul style="list-style-type: none"> - aux éléments qu'il est intéressant de mutualiser, - aux structures juridiques adaptées, - à un seuil minimal de viabilité économique pour les services d'aide à domicile (selon le type d'activités, le secteur d'intervention, à partir d'indicateurs de coût, d'indicateurs socio-économiques...).
Action 2	<ul style="list-style-type: none"> ■ Encourager les mutualisations de moyens et de formations du personnel sans forcément créer une structure juridique dédiée (via des fédérations, à l'aide de conventions...). <p>Envisager avec les services concernés par les critères mentionnés ci-dessus, le regroupement des activités mutualisables :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Organiser des réunions de travail pour identifier les attentes et les besoins de chacun ainsi que les modalités pratiques du regroupement (acquisition/location d'un bâtiment, statut juridique...). - Faire évoluer les autorisations selon l'opportunité.



Résultat(s) attendu(s) :

- Amélioration de la qualité de l'offre et de la prise en charge des personnes âgées à domicile et en établissement grâce notamment à la réalisation d'investissements de modernisation du matériel (pouvant être mis en commun) et aux interventions de personnels spécifiques dont les postes peuvent être mutualisés.
- Amélioration de la situation économique des établissements et des services intervenant à domicile : réalisation d'économie d'échelle, rationalisation du fonctionnement et optimisation des dépenses de fonctionnement.

Indicateurs d'évaluation :

- Évolution du nombre d'accords de mutualisations de moyens mis en place et de leur objet (mutualisation plus ou moins poussée).
- Économies d'échelle réalisées.
- Évolution du nombre de groupements créés.
- Évolution du nombre de plate-formes de services créées.

Pilote / responsable de la mise en œuvre : Direction de l'Autonomie du Conseil général et ARS.

Partenaires associés : les différents services intervenant à domicile (services d'aide à domicile et services de soins infirmiers à domicile) ainsi que les établissements.

Axe 4 : optimiser le fonctionnement des structures et favoriser la coordination et le travail en réseau des acteurs intervenant auprès de la personne âgée





> Fiche action n° 4.2 : renforcer le rôle du Conseil général en matière de coordination gérontologique locale

Niveau d'enjeu :

① ② ③

Date de début de mise en œuvre : 2011

➔ **Rappel de la problématique** : en sa qualité de chef de file de l'action sociale et médico-sociale et au terme de l'article L.113-2 du code de l'action sociale et des familles :

« Le Département définit et met en œuvre l'action sociale en faveur des personnes âgées. Il coordonne dans le cadre du Schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale... les actions menées par les différents intervenants, définit des secteurs géographiques d'intervention et détermine les modalités d'information du public.

Le Département met en œuvre les compétences définies au premier alinéa en s'appuyant notamment sur les centres locaux d'information et de coordination qui sont autorisés au titre du a de l'article L. 313-3.

Le Département veille à la cohérence des actions respectives des centres locaux d'information et de coordination, des équipes médico-sociales mentionnées au premier alinéa de l'article L. 232-3 et des établissements et services mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1.

Le Département peut signer des conventions avec l'État, les organismes de sécurité sociale ou tout autre intervenant en faveur des personnes âgées pour assurer la coordination de l'action gérontologique. »

La coordination gérontologique relève donc de la compétence du Président du Conseil général. L'ensemble du département de la Charente-Maritime est actuellement couvert par des Centres locaux d'information et de coordination (CLIC), hormis l'agglomération rochelaise (hors La Rochelle - ville) et l'île de Ré. Pour autant, le fonctionnement de ces centres apparaît hétérogène au regard des rapports d'activités. Des dysfonctionnements ont ainsi été signalés sur des pays, même si certains CLIC donnent entière satisfaction et ont manifestement trouvé leur place dans le réseau gérontologique local.

Par ailleurs, les réponses des usagers aux questionnaires tendent à prouver que ces centres demeurent peu connus. Enfin, la situation actuelle des financements (fondés sur une délibération de l'assemblée départementale de février 2007) ne permet pas de tenir compte des charges particulières (revalorisation des loyers...).

La mise en œuvre de l'allocation personnalisée d'autonomie a confirmé le rôle central du Département dans l'évaluation des situations médico-sociales individuelles.

Dès lors, il semble pertinent d'engager une réflexion sur l'organisation de ces centres, notamment sur leurs relations avec les Délégations Territoriales du Conseil général.

Publics visés : les personnes âgées ainsi que les professionnels intervenant dans le domaine des personnes âgées.

Objectif général : renforcer la coordination gérontologique au niveau local.

Objectifs spécifiques :

Objectif 1 : renforcer le rôle du Conseil général en matière de coordination gérontologique et développer notamment la coordination gérontologique au sein de la Direction de l'Autonomie et des Délégations Territoriales.

Objectif 2 : harmoniser les rôles des différents intervenants en matière de coordination gérontologique dans le département.

Objectif 3 : favoriser les échanges entre professionnels intervenant auprès des personnes âgées.



ACTIONS	
Action 1	<ul style="list-style-type: none">■ Étudier différentes modalités de collaboration et de rapprochement possible avec les services du Conseil général, notamment les Délégations Territoriales.■ Envisager une éventuelle intégration des missions des CLIC dans le cadre d'un « guichet unique » pour l'information des personnes âgées éventuellement avec personnel et locaux dédiés, sur des secteurs expérimentaux.
Action 2	<ul style="list-style-type: none">■ Préciser le rôle de coordination gérontologique des Délégations Territoriales du Conseil général, leur articulation avec les CLIC, sous le pilotage de la Direction de l'Autonomie.
Action 3	<ul style="list-style-type: none">■ Confirmer les missions des CLIC au niveau 1, notamment sur l'information et l'animation de groupes de travail thématiques (aide à domicile, outils communs, relations avec les établissements, promotion de la santé, animation en direction des personnes âgées...).■ Créer un CLIC sur les secteurs non couverts à partir de la Délégation Territoriale concernée.
Action 4	<ul style="list-style-type: none">■ Étudier, en relation avec l'ARS, la place des réseaux gérontologiques et leurs relations éventuelles avec les CLIC afin de favoriser un fonctionnement homogène sur l'ensemble du département.

Résultat(s) attendu(s) :

- Améliorer la qualité de l'information et des actions réalisées en matière de coordination gérontologique au niveau local.
- Faciliter la relation entre CLIC et Délégation Territoriale du Conseil général.
- Mettre à disposition des personnes âgées et de leurs familles des informations simples et cohérentes.

Indicateurs d'évaluation :

- Nombre d'actions réalisées, de personnes reçues par rapport au cahier des charges.
- Nombre de guichets uniques installés.

Pilote / responsable de la mise en œuvre : Direction de l'Autonomie, Délégations Territoriales du Conseil général.

Partenaires associés : ARS, CLIC, réseaux gérontologiques, collectivités locales, CODERPA.

> Fiche action n° 4.3 : améliorer le partage d'informations en matière d'évaluations et de suivis médico-sociaux

Niveau d'enjeu :

① ② ③

Date de début de mise en œuvre : 2011

→ **Rappel de la problématique** : plusieurs évaluations (dont certains critères sont proches, voire parfois identiques) sont susceptibles d'être réalisées auprès d'une personne âgée vivant à domicile : évaluation du niveau de dépendance dans le cadre d'une demande d'APA par exemple (avec la grille AGGIR), puis par les services intervenant à domicile pour organiser leur intervention ou encore par les EHPAD en cas d'accueil de jour par exemple. Enfin, d'autres évaluations globales (dont l'évaluation gériatrique standardisée - EGS) sont faites, souvent à la demande du médecin traitant, par les hôpitaux de jour gériatriques. Actuellement, ces évaluations ne sont pas partagées, ce qui engendre leur multiplication, donc des questionnements similaires, pour les personnes âgées et leur entourage.

Publics visés : les différents intervenants réalisant des évaluations auprès des personnes âgées à domicile (évaluateurs APA, services d'aide à domicile, services de soins infirmiers à domicile, équipes pluridisciplinaires réalisant les évaluations gérontologiques dans les hôpitaux de jour) et les destinataires de ces évaluations (notamment les médecins traitants).

Objectif général : encourager la mutualisation de certaines informations en travaillant sur les contenus à partager à partir des outils existants.

Objectifs spécifiques :

Objectif 1 : favoriser la coopération et l'échange entre les différents intervenants auprès des personnes âgées à domicile.

Objectif 2 : limiter le nombre de questions redondantes posées à la personne âgée et à son entourage lors des différentes évaluations.

Objectif 3 : faire gagner du temps aux différents intervenants en leur évitant de refaire des évaluations qui ont déjà été réalisées, en partie ou en totalité, par d'autres acteurs.



ACTIONS

Action 1	■ Compléter, sur chaque territoire, avec une trame commune pour l'ensemble du département, dans un objectif d'harmonisation, le plan d'aide transmis par le Conseil général aux services à domicile avec des éléments issus de l'évaluation, notamment de la grille AGGIR déjà remplie par les évaluateurs APA.
Action 2	■ Étudier la possibilité de transmettre certains éléments des évaluations gérontologiques, réalisées en hôpital de jour, aux professionnels médico-sociaux prenant en charge les personnes âgées : - Étudier quelle(s) partie(s) de ces évaluations pourrai(en)t être transmise(s) dans le respect des droits de la personne, selon quelles modalités (par exemple : lors d'une réunion de coordination dans le cadre d'un réseau de santé ou gérontologique ou, en l'absence de réseau, via une coopération entre les assistantes sociales des hôpitaux et les professionnels sociaux et médico-sociaux du Conseil général).

Résultat(s) attendu(s) :

- Limitation du nombre d'évaluations (dans le cadre d'un réseau) ou au minimum de leur durée auprès des personnes âgées (limitation du nombre de questions redondantes).
- Partage des informations utiles pour chaque acteur (diagnostic global médico-social partagé) et renforcement du travail en coopération.

Indicateurs d'évaluation :

- Effectivité et qualité des éléments transmis aux différents intervenants, notamment du plan d'aide complété transmis aux SAD et de certains éléments des évaluations gérontologiques.
- Réduction de la durée des évaluations, en particulier pour celles réalisées par les SAD et les SSIAD.

Pilote / responsable de la mise en œuvre : Direction de l'Autonomie et Délégations Territoriales du Conseil général, ARS.

Partenaires associés : SAD, SSIAD, hôpitaux, EHPAD, médecins généralistes, CLIC, réseaux gérontologiques, CODERPA.

Axe 4 : optimiser le fonctionnement des structures et favoriser la coordination et le travail en réseau des acteurs intervenant auprès de la personne âgée





> Fiche action n° 4.4 : solliciter l'Agence Régionale de Santé sur l'amélioration des parcours de soins des personnes âgées en encourageant le travail en réseau

Niveau d'enjeu :

① ② ③

Date de début de mise en œuvre : 2012

→ **Rappel de la problématique** : l'organisation de l'hospitalisation des personnes âgées est une question majeure pour les acteurs locaux, que ce soit au moment de l'entrée ou de la sortie d'hôpital. Ainsi, la question de la nécessité ou non d'aller à l'hôpital doit être posée en préalable à toute hospitalisation en analysant et en envisageant l'ensemble des autres options possibles⁸. Par ailleurs, la personne âgée et sa famille sont souvent mal informées sur les aspects juridiques liés à l'hospitalisation, notamment à l'enjeu de la désignation d'une personne de confiance.

Inversement, même si les équipes hospitalières travaillent à l'amélioration des procédures de sortie, la pression exercée pour libérer des lits dans les meilleurs délais entraîne parfois des sorties d'hôpital rapides et insuffisamment préparées. L'organisation du retour au domicile ou en établissement est alors difficile, en particulier lorsque la sortie intervient le vendredi soir ou lorsque l'état de santé de la personne âgée n'est pas stabilisé et nécessite encore un niveau élevé d'intervention de personnels de santé.

Suite aux questionnaires adressés aux professionnels, la coordination entre l'hôpital et les établissements ou services à domicile est d'ailleurs identifiée comme l'un des principaux points faibles de la prise en charge des personnes âgées dans le département.

Tous les secteurs de la Charente-Maritime ne sont pas aujourd'hui couverts par des réseaux gérontologiques. Or, ces derniers jouent un rôle important dans la facilitation des parcours de soin des personnes âgées.

Publics visés : l'ensemble des professionnels en charge des personnes âgées (dans le domaine sanitaire et médico-social) sur les territoires (notamment les médecins traitants, les centres hospitaliers et les établissements sociaux et médico-sociaux ainsi que les travailleurs sociaux et médico-sociaux de la CARSAT, des Délégations Territoriales...).

Objectif général : compléter la couverture territoriale départementale des réseaux gérontologiques et améliorer leur efficacité. Améliorer la promotion de la santé et la prévention.

8. Ainsi, par exemple, les hospitalisations pour des raisons sociales pourraient être écartées.

Objectifs spécifiques :

Objectif 1 : améliorer la connaissance mutuelle des acteurs locaux intervenant auprès des personnes âgées au travers de la mise en place de réseaux gérontologiques opérationnels.

Objectif 2 : améliorer l’orientation des personnes âgées vers les prises en charge les plus adaptées au(x) problème(s) qu’elles rencontrent en termes de délais et de lieux de prise en charge.

Objectif 3 : fluidifier les parcours des personnes âgées en organisant (pratique de réseau et signature de conventions) et en anticipant les échanges et les possibilités de passage entre les différents modes de prise en charge (domicile, hôpital, SSR et EHPAD).

ACTIONS	
Action 1	<ul style="list-style-type: none"> ■ Construire ou confirmer l’utilisation au niveau départemental des outils conventionnels qui pourront constituer le support des collaborations au sein de chaque réseau (outils d’évaluation, outils de suivi des personnes âgées / dossiers de liaison urgences...) et s’assurer de l’utilisation de ces outils. Promouvoir en particulier la mise en place de guichets uniques d’admission (court séjour – SSR dans le cadre de l’outil « Trajectoire ») et encourager les projets en cours.
Action 2	<ul style="list-style-type: none"> ■ Promouvoir les réseaux gérontologiques auprès des médecins traitants (à domicile ou en établissement), ayant un rôle pivot dans le parcours de soin de la personne âgée.
Action 3	<ul style="list-style-type: none"> ■ En prenant appui sur les conférences de territoire de santé, inscrire ces réseaux dans le cadre des coopérations hospitalières de territoire (CHT) et du Programme régional de santé (PRS).

Résultat(s) attendu(s) :

- Prise en charge simplifiée des personnes âgées avec notamment la mise en œuvre de parcours où chaque étape peut être anticipée dès le début de l’étape précédente (par exemple, les conditions de sortie de l’hôpital sont envisagées dès l’entrée).



Indicateurs d'évaluation :

- Niveau de couverture départementale par des réseaux constitués.
- Nombre et diversité des partenaires impliqués dans le réseau.
- Diffusion des outils à l'ensemble des partenaires.
- Évaluation de la satisfaction des personnes âgées et des partenaires impliqués.
- Nombre de réunions, par zone d'attraction, des centres hospitaliers, EHPAD, SSIAD, CLIC, Réseaux.

Pilote / responsable de la mise en œuvre : ARS, Direction de l'Autonomie du Conseil général.

Partenaires associés : établissements de santé, établissements pour personnes âgées, services à domicile (SAD-SSIAD), médecins généralistes, paramédicaux libéraux, pharmaciens, CLIC et autres acteurs de santé.

> Fiche action n° 4.5 : coordonner les interventions à domicile : élaboration d'un outil de liaison

Niveau d'enjeu :

① ② ③

Date de début de mise en œuvre : 2013

→ **Rappel de la problématique** : actuellement, les outils de liaison entre les différents intervenants à domicile ne sont pas utilisés de manière optimale ni souvent partagés. Or, certains éléments, identifiés par exemple par une aide à domicile, peuvent se révéler très utiles pour un intervenant du SSIAD (*difficultés d'alimentation, d'hydratation, problèmes de sommeil, prise en charge de la douleur...*). Cette absence de liaison formelle entre les différents intervenants peut s'avérer préjudiciable aux personnes âgées.

Publics visés : les différents services et professionnels libéraux intervenant auprès des personnes âgées à domicile.

Objectif général : retrouver facilement et rapidement les informations utiles à tous les acteurs, et améliorer ainsi la continuité de la prise en charge des personnes âgées à domicile.

Objectifs spécifiques :

Objectif 1 : renforcer la cohérence et l'efficacité des interventions à domicile.

Objectif 2 : permettre à tous les acteurs (intervenants à domicile, infirmiers, médecins traitants ou pompiers en cas d'urgence) de mieux apprécier la situation et de prendre les décisions les plus adaptées.



ACTIONS	
Action 1	■ Recenser et comparer les outils de liaison actuellement utilisés en interne par les services ou déjà partagés entre plusieurs services.
Action 2	■ Créer un outil commun (à distinguer des fiches de missions et des fiches de tâches propres à chaque structure intervenante), convenant à tous les acteurs : organisation de réunions de travail pour sélectionner, en concertation avec les différents types de services intervenant à domicile, les éléments et les rubriques qui doivent y figurer.
Action 3	■ Former et informer les intervenants à domicile sur la bonne utilisation de cet outil (remplir régulièrement, sélectionner et hiérarchiser les informations, les rendre lisibles et compréhensibles par les autres intervenants...).
Action 4	■ Réaliser des contrôles (par le personnel encadrant des services) de la bonne utilisation de l'outil.

Résultat(s) attendu(s) :

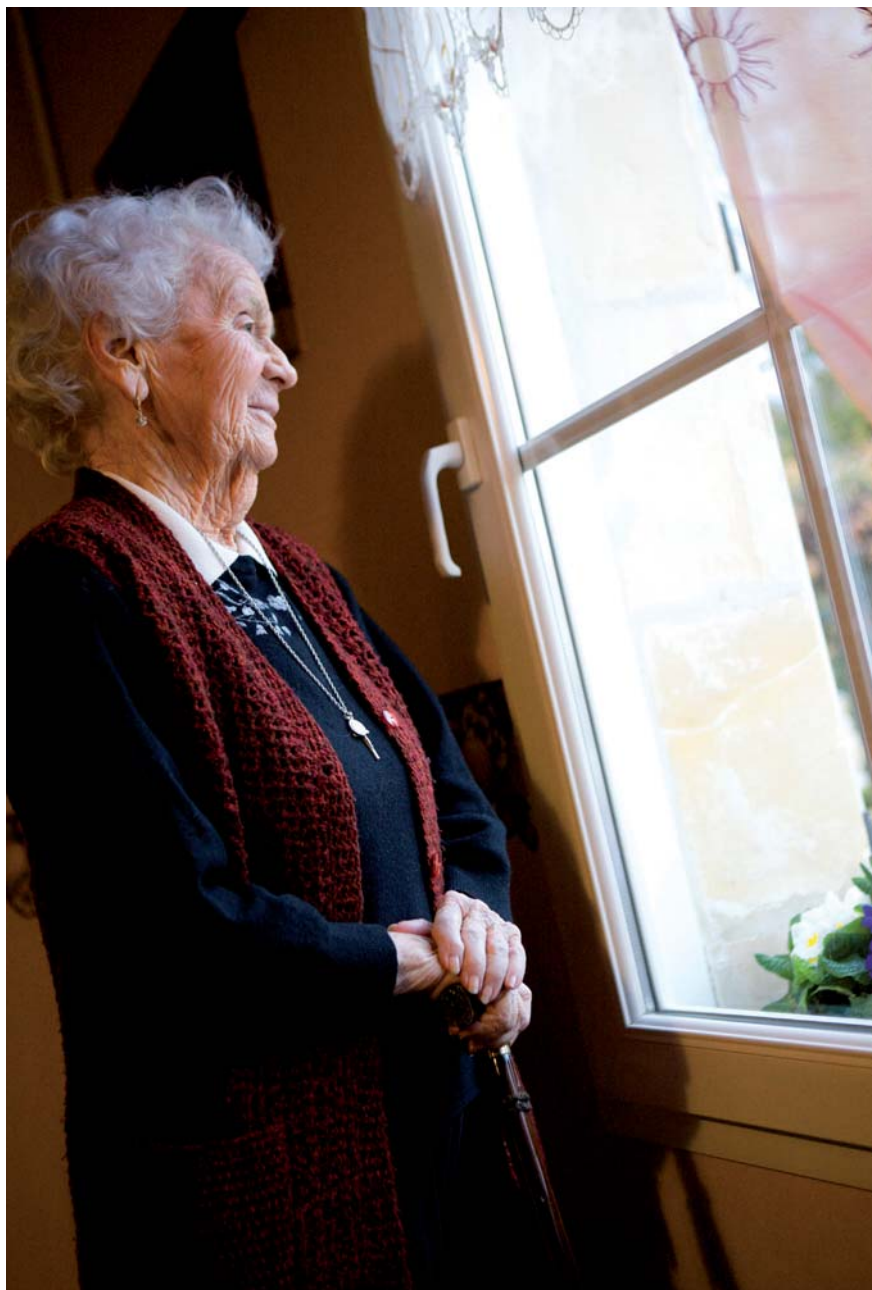
- Disposer d'un support unique et partagé recensant les informations les plus importantes, notamment les éléments préoccupants pour permettre une réaction rapide et adaptée.
- Mieux coordonner les intervenants à domicile, induisant une amélioration de la qualité de prise en charge des personnes âgées.

Indicateurs d'évaluation :

- Contrôles réguliers par le personnel encadrant des services de la bonne utilisation de l'outil : régularité du remplissage, sélection et hiérarchisation des informations.
- Utilité des informations figurant sur le cahier pour les autres intervenants (lisibilité et compréhension).

Pilote / responsable de la mise en œuvre : Direction de l'Autonomie du Conseil général, Délégations Territoriales du Conseil général, ARS.

Partenaires associés : SAD, SSIAD, FEPEM, paramédicaux libéraux, médecins traitants, CODERPA.





5.5 - AXE 5 : ENCOURAGER LE MAINTIEN ET L'INTÉGRATION DES PERSONNES ÂGÉES DANS LA SOCIÉTÉ

> **Fiche action n° 5.1 : diffuser l'information sur les dispositifs d'adaptation du logement existants et soutenir des projets innovants**

Niveau d'enjeu :



Date de début de mise en œuvre : 2011

→ **Rappel de la problématique** : le logement des personnes âgées est au cœur de la problématique du maintien à domicile, en particulier lorsque le degré d'autonomie décroît.

La question du logement comporte deux aspects complémentaires. Le premier concerne l'accès à des logements adaptés pour des personnes âgées qui déménagent (car leur logement est devenu trop grand ou pour se rapprocher des villes centres ou des centres-bourgs). Le second a pour objet l'adaptation du logement et ceci, idéalement, en amont de l'apparition de la dépendance.

En ce sens, la Direction de l'Habitat et du Logement du Conseil général propose plusieurs types d'actions. Ainsi, des aides financières peuvent être accordées aux propriétaires occupants en vue d'améliorer le confort et l'accessibilité de leur logement (isolation, remplacement des baignoires par des douches, installation de plans inclinés...). Pour les personnes locataires d'un logement social, les bailleurs sociaux travaillent en partenariat avec le PACT 17 afin de permettre l'adaptation des logements en rez-de-chaussée pour les personnes à mobilité réduite (y compris les personnes âgées). Les bailleurs sociaux sont également incités à construire de petits logements (moins de 80 m²) afin de répondre à la demande des petits ménages (notamment les personnes âgées en couple ou seules).

Des actions de prévention et d'aide à l'adaptation des logements sont menées par les caisses de retraite. Néanmoins, on constate que ces actions ne sont pas toujours bien connues des personnes concernées.

Publics visés : les personnes âgées vivant à domicile.

Objectif général : favoriser le libre choix des personnes âgées concernant leur lieu de vie : renforcer et faire connaître les dispositifs existants d'adaptation des logements et soutenir les actions innovantes.

Objectifs spécifiques :

Objectif 1 : mieux informer les personnes âgées des dispositifs mobilisables et les inciter à réaliser des travaux d'adaptation avant la survenue de la dépendance.

Objectif 2 : favoriser la mise sur le marché de logements adaptés, accessibles physiquement (de plain-pied ou équipés d'ascenseurs adaptés) et financièrement pour les personnes âgées.

Objectif 3 : encourager le développement d'actions innovantes en matière de logements à destination des personnes âgées afin de diversifier les offres et de les adapter au mieux à leurs attentes, d'une part, et à leur degré d'autonomie, d'autre part.

ACTIONS	
Action 1	<ul style="list-style-type: none"> ■ Développer les sources d'information pour faire connaître aux personnes âgées et à leurs proches l'intérêt et les modalités de financement mobilisables pour réaliser des travaux de rénovation : <ul style="list-style-type: none"> - Créer une rubrique dédiée sur le site Internet du Conseil général. - Réaliser une brochure largement diffusée (CLIC, caisses de retraite, services d'aide à domicile...).
Action 2	<ul style="list-style-type: none"> ■ Renforcer les incitations à destination des bailleurs sociaux afin de disposer d'un parc plus important de petits logements sociaux adaptés ou adaptables pour les personnes âgées en perte de mobilité : <ul style="list-style-type: none"> - Insérer des clauses spécifiques au sein des conventions lorsque des financements du Conseil général sont mobilisés. - Veiller à une attribution de ces logements en priorité aux personnes âgées en perte de mobilité dans le cadre de la convention avec le PACT 17 autour du système ADALOGIS (plate-forme de recensement de logements adaptés).
Action 3	<ul style="list-style-type: none"> ■ Développer et renforcer les initiatives innovantes : <ul style="list-style-type: none"> - Intégrer des logements adaptés aux personnes âgées dans l'habitat ordinaire et développer les projets et les activités inter-générationnelles (crèches avec activités communes entre les deux structures, location pour étudiants au domicile de personnes retraitées...). - Informer sur les dispositifs favorisant une vie autonome (adaptés aux déficiences : flashes lumineux informant la personne âgée déficiente auditive d'une présence à la porte, domotique).

**Résultats attendus :**

- Élargissement des possibilités de maintien à domicile pour les personnes âgées qui le souhaitent. Intervention des services d'aide à domicile facilitée grâce aux travaux réalisés d'adaptation des logements.

Indicateurs d'évaluation :

- Évolution du niveau de mobilisation des aides directes à l'aménagement des logements des personnes âgées.
- Nombre de logements adaptés ou adaptables nouvellement mis sur le marché.
- Taux d'attribution, à des personnes âgées, de logements sociaux adaptés à leurs besoins.
- Nombre de projets innovants réellement mis en œuvre.

Pilote / responsable de la mise en œuvre : Direction de l'Habitat et du Logement du Conseil général.

Partenaires associés : Direction de l'Autonomie du Conseil général, Promoteurs immobiliers (publics et privés), Fédérations d'artisans du bâtiment (chambres professionnelles), Organismes de soutien à l'amélioration de l'habitat (PACT 17, Habitat et Développement...), CROUS, Travailleurs sociaux, Professionnels de santé, DDTM, ANAH, CLIC, services d'aide à la personne, Caisses de retraite, CODERPA.

> Fiche action n° 5.2 : faire connaître les dispositifs existants de transport adapté aux besoins des personnes âgées et soutenir de nouvelles formes de transport

Niveau d'enjeu :

① ② ③

Date de début de mise en œuvre : 2011

→ **Rappel de la problématique** : l'accessibilité des transports constitue un enjeu majeur pour l'intégration des personnes âgées dans la société.

En dehors des agglomérations du département (La Rochelle, Rochefort, Royan et Saintes), le Conseil général gère les transports réguliers sur une vingtaine de lignes principales (d'armature) ainsi que les lignes de transport scolaire ouvertes aux particuliers (mais fonctionnant essentiellement le matin et le soir et hors vacances scolaires). Le Conseil général développe une offre de transport à la demande sur les territoires non couverts par les lignes d'armature ou en période de vacances scolaires pour les territoires desservis par des lignes de transport scolaire. En outre, certaines associations ont développé un service de transport à la demande, mais il est en général réservé aux personnes à très bas revenus ou ne dessert qu'une partie du département.

Globalement, le transport à la demande est peu connu des publics-cibles (dont les personnes âgées) et donc peu utilisé. Or, le coût, le manque de disponibilité ou l'inadaptation des modes de transports proposés sont souvent mis en avant comme un frein au recours à certains services ou aux structures d'accueil de jour par exemple.

Publics visés : personnes âgées à domicile et en établissement nécessitant des modes de transport adaptés pour se déplacer.

Objectif général : rendre plus accessible le transport à la demande et les autres possibilités de transport à destination des personnes âgées.

Objectifs spécifiques :

Objectif 1 : rompre l'isolement des personnes âgées

Objectif 2 : faciliter l'accès aux services, loisirs, équipements pour les personnes âgées isolées.



ACTIONS	
Action 1	■ Faciliter l'accès du service aux personnes âgées (lieux de desserte et horaires adaptés).
Action 2	■ Faire connaître le service de transport à la demande aux personnes âgées et aux professionnels (CLIC, responsables d'accueil de jour...).
Action 3	■ Mutualiser l'utilisation de véhicules classiques et de véhicules adaptés aux personnes à mobilité réduite (grâce à des conventions avec des établissements, des associations et des CCAS par exemple).
Action 4	■ Développer le covoiturage.

Résultat(s) attendu(s) :

- Lutter contre l'isolement des personnes âgées à domicile, notamment en milieu rural, et leur permettre d'accéder plus facilement aux services publics, médicaux ainsi qu'à des activités de loisir.

Indicateurs d'évaluation :

- Couverture territoriale des systèmes de transport à la demande.
- Fréquentation des systèmes de transport à la demande.
- Coûts et facilité d'accès (horaires, dessertes...).

Pilote / responsable de la mise en œuvre : Direction de la Mobilité et des Transports du Conseil général.

Partenaires associés : Direction de l'Autonomie du Conseil général, Direction des transports au niveau des autorités organisatrices des transports en agglomérations (Communautés d'Agglomération de La Rochelle et du Pays Rochefortais, syndicat intercommunal des transports urbains de Saintes, de Royan), CLIC, CODERPA, associations prestataires de transport.

> Fiche action n° 5.3 : favoriser le maintien et le développement d'activités sportives, culturelles, de loisirs répondant aux attentes variées des personnes âgées

Niveau d'enjeu :

① ② ③

Date de début de mise en œuvre : 2011

→ **Rappel de la problématique** : la diversité de l'offre d'activités accessibles aux personnes âgées, quels que soient leur âge et leur niveau d'autonomie, permet de répondre à leurs besoins de convivialité, de lutter contre l'isolement et de reconnaître le rôle social des retraités.

Du point de vue des loisirs et des activités culturelles, les labels existants pour les personnes handicapées sont également adaptés pour les personnes âgées dont la mobilité est réduite ou les sens affectés. En effet, la sensibilisation continue des acteurs du tourisme aux besoins des personnes en perte d'autonomie constitue un enjeu important, même si depuis quelques années, de nombreux progrès ont été réalisés en termes d'adaptation des installations.

Publics visés : les retraités de tous âges vivant à domicile ou en établissement.

Objectif général : développer l'offre de loisirs et d'activités accessibles et adaptés aux attentes des retraités, notamment dans le cadre associatif.

Objectifs spécifiques :

Objectif 1 : lutter contre l'isolement des personnes âgées.

Objectif 2 : favoriser le maintien de l'autonomie des personnes âgées.

Objectif 3 : reconnaître la place et le rôle social des retraités.



ACTIONS

Action 1	<ul style="list-style-type: none">■ Recenser et diffuser, à l'échelle de tous les secteurs du département, les lieux et infrastructures touristiques ou de loisirs accessibles aux personnes âgées dont la mobilité est réduite ou les sens affectés (en lien avec les partenaires du tourisme) :- Généraliser les guides thématiques (comme le Guide de l'accessibilité réalisé dans l'Île d'Oléron).
Action 2	<ul style="list-style-type: none">■ Faire connaître et favoriser le développement des activités et des actions innovantes (reposant notamment sur les relations entre les générations) et la transmission de savoirs :- Promouvoir notamment les activités en petits groupes animés par un animateur professionnel destinées plus particulièrement aux personnes âgées devenant dépendantes et pour lesquelles les activités classiques, réalisées par les clubs de seniors, ne sont plus adaptées.- Encourager la mise en relation avec les animateurs qualifiés des établissements et des services à destination des personnes âgées.- Veiller à l'accessibilité de ces activités en termes de transports (encourager les mutualisations de véhicules avec les services ou les établissements).

Résultat(s) attendu(s) :

- Prévenir la désocialisation des personnes âgées.
- Réduire l'isolement de certaines personnes âgées.

Indicateurs d'évaluation :

- Nombre de guides thématiques réalisés et diffusés.
- Nombre de manifestations organisées avec un souci spécifique des besoins des personnes âgées (y compris intergénérationnelles) ou qui leur sont accessibles.
- Nombre de petits ateliers proposant des activités pour les personnes âgées en perte d'autonomie.
- Nombre de personnes participant à ces activités.

Pilote / responsable de la mise en œuvre : Direction de l'Emploi, de l'Économie et du Tourisme, Direction de la Culture du Sport et de l'Animation du Conseil général.

Partenaires associés : Direction de l'Autonomie, Direction de la Mobilité et des Transports du Conseil général, Partenaires du tourisme, associations culturelles, sportives, de loisirs, communes, Charente-Maritime Tourisme, EPCI, CCAS et CIAS, CLIC, CODERPA, DDSC.

> Fiche action n° 5.4 : faciliter l'action des associations œuvrant pour les personnes âgées et encourager le bénévolat des personnes âgées

Niveau d'enjeu :

① ② ③

Date de début de mise en œuvre : 2013

→ **Rappel de la problématique** : l'engagement bénévole des personnes âgées dans différents types d'association est généralement fort. Cependant, en milieu rural notamment, l'isolement dont souffrent beaucoup de personnes âgées les exclut du reste de la société. Ainsi, l'action des associations, qui ont pour but spécifique la prestation de services et le développement d'activités et de loisirs pour les personnes âgées, est essentielle dans le maintien des liens sociaux. Parallèlement, les savoir-faire des personnes âgées sont souvent sous-utilisés et il semblerait intéressant de soutenir l'échange d'expériences, d'encourager le tutorat et, d'une façon plus générale, le bénévolat des personnes retraitées.

Publics visés : personnes âgées à domicile et en établissement.

Objectif général : permettre aux personnes âgées, notamment à domicile, de bénéficier d'une offre de services et de loisirs accessible et adaptée et de s'impliquer dans des actions favorisant le maintien du lien social.

Objectifs spécifiques :

Objectif 1 : réduire l'isolement des personnes âgées à domicile.

Objectif 2 : encourager la poursuite de liens sociaux.

ACTIONS	
Action 1	■ Renforcer la communication autour des associations et des activités existantes : manifestations spécifiques de promotion des activités associatives...
Action 2	■ Dans le cadre de l'animation de la coordination gérontologique locale, développer l'implication des personnes âgées en favorisant : - L'échange inter-générationnel tel que, par exemple, des initiatives d'accompagnement à l'école d'enfants scolarisés en écoles maternelles et primaires (« Car à pattes »...), - Le transfert de savoir-faire, le tutorat... - L'engagement des personnes retraitées dans la société (en particulier, encourager des initiatives permettant de structurer le volontariat et le bénévolat).



Résultat(s) attendu(s) :

- Réduction de l'isolement des personnes âgées à domicile (et en établissement) et préservation de leur autonomie grâce à des activités adaptées. Reconnaissance du rôle social des bénévoles seniors.

Indicateurs d'évaluation :

- Évolution du nombre d'activités proposées par pays.
- Évolution du nombre de personnes âgées participant aux activités proposées.
- Évolution du nombre de personnes âgées impliquées dans la gestion d'associations.

Pilote / responsable de la mise en œuvre : Direction de l'Autonomie, Délégations Territoriales, Direction de l'Enfance, de la Famille et de l'Action Sociale du Conseil général.

Partenaires associés : Direction de la mobilité et des transports, Direction de la culture, du sport et de l'animation du Conseil général, Associations de personnes âgées ou œuvrant pour les personnes âgées, CLIC, Centres sociaux, CCAS, Communes (comités des fêtes...), CODERPA.

5.6 - AXE 6 : ORGANISER LE PILOTAGE DE LA POLITIQUE DÉPARTEMENTALE EN FAVEUR DES PERSONNES ÂGÉES

> Fiche action n° 6-1 : piloter la politique départementale en faveur des personnes âgées en s'appuyant notamment sur le schéma

Niveau d'enjeu :

① ② ③

Date de début de mise en œuvre : 2011

→ **Rappel de la problématique** : en sa qualité de chef de file de l'action sociale et médico-sociale et au terme de l'article L.113-2 du code de l'action sociale et des familles : « *le Département définit et met en œuvre l'action sociale en faveur des personnes âgées. Il coordonne dans le cadre du Schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale... les actions menées par les différents intervenants, définit des secteurs géographiques d'intervention et détermine les modalités d'information du public.* »

Publics visés : les personnes âgées résidant dans le département de la Charente-Maritime ainsi que leurs familles. L'ensemble des institutions et personnes morales de droit privé ou public participant à la prise en charge des personnes âgées.

Objectif général : préparer et porter les choix de la politique départementale en faveur des personnes âgées à partir des orientations générales définies par le Département, réaliser les réajustements nécessaires en fonction des évolutions du contexte (juridique, économique, sociologique).

Objectifs spécifiques :

Objectif 1 : piloter et coordonner la mise en œuvre du schéma en faveur des personnes âgées.

Objectif 2 : animer les échanges avec les partenaires départementaux.

Objectif 3 : communiquer autour de la politique d'action sociale départementale en faveur des personnes âgées.

Objectif 4 : organiser la coordination gérontologique départementale.



ACTIONS	
Action 1	<ul style="list-style-type: none">■ Mettre en place des instances de pilotage du schéma :<ul style="list-style-type: none">- une instance de pilotage présidée par le Président du Conseil général,- une cellule opérationnelle de suivi, interne au Conseil général,- une commission partenariale de suivi du schéma. Préparer et animer les travaux de cette commission.
Action 2	<ul style="list-style-type: none">■ Valider un tableau de bord de suivi des orientations du schéma à partir des indicateurs de pilotage des fiches-actions. Présenter régulièrement un tableau synthétique de niveau de réalisation et d'évaluation de la mise en œuvre du schéma.
Action 3	<ul style="list-style-type: none">■ Impulser la mise en œuvre de la politique départementale en faveur des personnes âgées et veiller à son articulation et son homogénéisation sur l'ensemble des pays.
Action 4	<ul style="list-style-type: none">■ Communiquer, échanger avec les professionnels sur la politique départementale en faveur des personnes âgées, notamment sur l'avancée du schéma, une fois par an (par pays et au niveau départemental).

Résultat(s) attendu(s) :

- Améliorer l'efficacité des différents dispositifs d'accompagnement des personnes âgées sur l'ensemble du département.
- Créer une dynamique permanente autour du schéma pour le faire vivre au niveau des professionnels de terrain.
- Faire du schéma un outil de pilotage opérationnel de la politique en faveur des personnes âgées pour le Département.

Indicateurs d'évaluation :

- Comptes rendus des instances, tableau synthétique annuel, outils de communication.

Pilote / responsable de la mise en œuvre : Direction de l'Autonomie du Conseil général.

Partenaires associés : autres directions du Conseil général, Délégations Territoriales du Conseil général, ARS, collectivités locales, CODERPA, ensemble des professionnels concernés.

Le Schéma départemental
2011/2016 en faveur
des **personnes âgées**



CHAPITRE N° 6 **Synthèse**





Le vieillissement constitue un enjeu majeur pour la Charente-Maritime. En effet, c'est un département dont le nombre d'habitants croît relativement plus rapidement que la moyenne française et qui compte une part plus importante de personnes âgées dans sa population.

Entre les années 2004 et 2009, le nombre de personnes âgées dépendantes, à domicile et en établissement, a augmenté régulièrement.

Cette tendance se vérifie dans tous les pays de la Charente-Maritime et devrait se poursuivre selon les projections pour 2030, essentiellement du fait d'un flux migratoire positif dans ce département attractif pour les retraités, notamment dans sa zone littorale.

La population charentaise-maritime est aussi constituée de personnes rencontrant des difficultés socio-économiques avec un taux de chômage relativement élevé et un nombre important de bénéficiaires de l'allocation de solidarité aux personnes âgées. Ces caractéristiques imposent au Département un effort financier global plus significatif que ses voisins en matière d'aide sociale (toutes politiques confondues), similaire dans le domaine de l'aide sociale aux personnes âgées ainsi qu'un engagement fort d'adaptation, de restructuration et de coordination des établissements et services pour répondre à ces besoins accrus.

La situation des différents pays est assez contrastée avec des zones plus rurales (comme la Haute Saintonge et les Vals de Saintonge) qui concentrent une part importante de personnes âgées originaires du secteur et des zones plus urbaines (comme le pays Rochefortais ou le pays de La Rochelle-Ré). Ce dernier, à l'instar du pays de Royan-Marennes-Oléron, constitue un pôle d'attractivité fort pour les jeunes retraités souhaitant venir s'installer sur la partie plus littorale de la Charente-Maritime. La part des personnes âgées s'est fortement accrue dans ces deux pays entre le recensement de 1999 et celui de 2006. Enfin, les pays d'Aunis et de la Saintonge Romane sont des secteurs « mixtes » qui, bien que situés dans une zone rurale, disposent d'une proximité forte avec une zone urbaine dynamique (respectivement, La Rochelle et Saintes). La Saintonge Romane étant également proche du littoral, elle attire aussi une population nombreuse de jeunes retraités.

Depuis le précédent schéma, soit depuis 2004, l'offre de soins a beaucoup évolué. Le nombre de places en Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) a augmenté, permettant à la Charente-Maritime d'être aujourd'hui correctement équipée par rapport à d'autres départements.

Cependant, les professionnels de santé sont répartis de façon inégale sur l'ensemble du département au détriment des populations domiciliées en zones rurales notamment.

L'évolution démographique ainsi que l'adaptation aux enjeux du système de protection sociale posent la question de la coordination entre secteur sanitaire et secteur médico-social.

L'offre sociale et médico-sociale à destination des personnes âgées a également évolué tant en termes qualitatifs que quantitatifs. Aujourd'hui, les personnes âgées trouvent des services et des établissements adaptés à leurs besoins sur la quasi-totalité du département.

Ainsi, les différentes possibilités d'accueil hors du domicile regroupent aujourd'hui 10 080 lits et places autorisées en structures d'hébergement pour personnes âgées, réparties de la façon suivante : 81,32 % en EHPAD, 12,34 % en EHPA, 4,34 % en accueil familial et 2 % en Petite Unité de Vie (PUV) et accueils de jours, reflétant une grande variété de modes d'accueil. Un tiers de ces places est habilité à l'aide sociale.

L'accueil des personnes âgées en établissement en Charente-Maritime a connu de nombreuses évolutions qualitatives, avec le développement des droits des usagers, la lutte contre la maltraitance, la professionnalisation des intervenants, la mise aux normes et la modernisation des locaux. Une amélioration globale de la qualité, notamment par la mise en place et l'actualisation des conventions tripartites pluriannuelles et une politique de contrôle soutenue, permet au Conseil général et à l'Agence Régionale de Santé de développer la bientraitance au sein des établissements.

La Charente-Maritime a aussi mis l'accent sur l'augmentation globale du nombre de lits et places en établissement, notamment en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), en particulier à destination des personnes atteintes de troubles de type Alzheimer.



Entre 2004 et le 1^{er} avril 2010, le nombre de lits des établissements d'hébergement pour personnes âgées autonomes (EHPA) a diminué de 21,02 %. Pendant la même période, le nombre de lits autorisés en EHPAD a augmenté de 25,61 %. Tous les pays ont connu une évolution positive. Néanmoins cette augmentation est contrastée selon les secteurs. 951 lits autorisés en EHPAD (11,60 % des lits autorisés) restent à installer. À terme, l'évolution départementale du nombre de lits autorisés pour 1 000 personnes âgées de plus de 75 ans en EHPAD augmentera de 10 points, passant de 112,27 à 122,18. Les personnes âgées qui font le choix d'entrer en établissement sont plus nombreuses que lors de la réalisation du précédent schéma (+10 %); elles sont également en moyenne plus dépendantes que les personnes âgées accompagnées à domicile.

Cependant un nombre important de lits demeure disponible sur l'ensemble du département, à cause de tarifs trop élevés.

Malgré les efforts des financeurs pour inciter les promoteurs à modérer leurs tarifs, le prix moyen d'hébergement en EHPAD reste relativement élevé, en particulier dans le secteur privé lucratif. Les coûts pratiqués en établissement, contrastés selon les zones géographiques, ainsi que la répartition des lits habilités à l'aide sociale ne permettent pas toujours aux personnes âgées ayant de faibles ressources de trouver un hébergement correspondant à leurs attentes. Le Département doit aujourd'hui maintenir un niveau de qualité adapté présentant aussi des coûts compatibles avec les ressources des habitants.

Toute nouvelle création, qu'elle fasse l'objet d'un nouveau projet ou d'une extension, ne pourra donc intervenir qu'à la suite d'un bilan des projets en cours et d'une analyse des places disponibles dans le département. Elle devra respecter les caractéristiques socio-économiques locales. Aucune programmation d'équipement n'est donc réalisable actuellement.

La Charente-Maritime continue à accorder une place importante à l'accueil familial (en moyenne deux fois plus que les autres départements étudiés). Cette alternative demeure une offre intéressante tant pour les personnes âgées que pour les accueillants. L'exigence de formation et de contrôle a cependant pour effet une diminution du nombre de places agréées en famille d'accueil et du nombre d'accueillants familiaux.

Les Charentais-Maritimes confirment leur désir de vivre le plus longtemps possible chez eux. Ce choix est fortement soutenu par le Conseil général.

Le maintien à domicile des personnes âgées est en effet essentiellement financé par le Département au titre de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). Cette aide, créée en 2002, a continué à augmenter tant en nombre de bénéficiaires qu'en volume total depuis le précédent schéma, même s'il semble que la croissance du nombre de bénéficiaires se stabilise aujourd'hui autour de 3 % l'an.

Les modalités d'intervention auprès des personnes âgées ont évolué : ainsi les heures d'aide ménagère sont en très forte diminution, les services de télé-alarme restent à un niveau d'activité modéré tandis que les dépenses de l'APA consacrées à la prise en charge de la dépendance sont elles en forte expansion. L'organisation du secteur de l'aide à domicile se caractérise par une multiplicité de prestataires de tailles très diverses qu'il est nécessaire de structurer afin de garantir et de pérenniser une offre de qualité. Par ailleurs, les interventions en mode « gré à gré » ou « mandataire » posent la question du contrôle de la qualité du service rendu.

Afin de répondre à ces défis, cinq orientations seront poursuivies :

- améliorer l'offre d'accompagnement des personnes âgées à domicile,
- mieux adapter l'accueil en établissement aux besoins des personnes âgées,
- soutenir et développer l'accueil familial,
- optimiser le fonctionnement des structures et favoriser la coordination ainsi que le travail en réseau,
- encourager le maintien et l'intégration des personnes âgées dans la société.

La mise en œuvre de ce schéma permettra ainsi de mieux accompagner les personnes âgées dans leur parcours en Charente-Maritime, en respectant leur choix de vie et en s'appuyant sur une réponse de proximité.



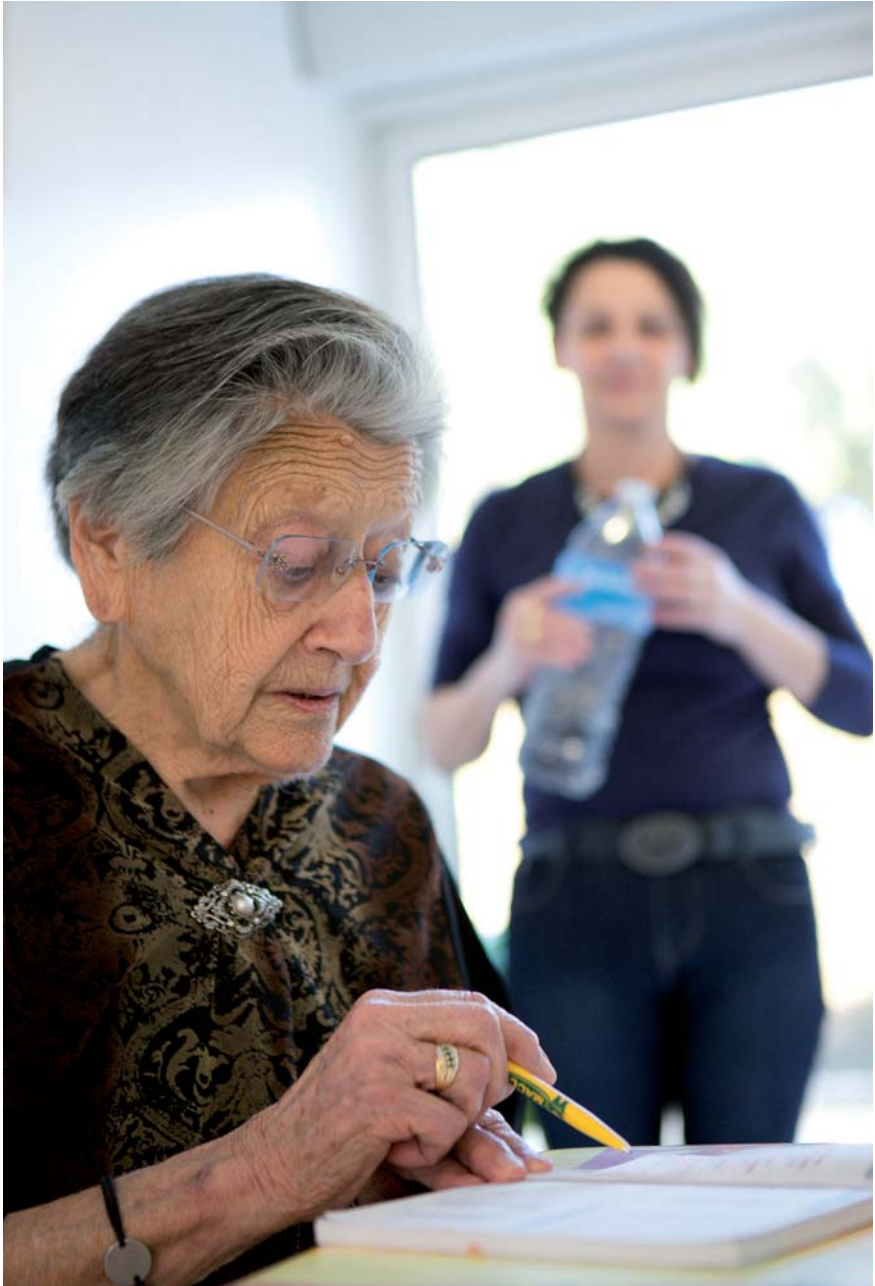
→ **CHAPITRE N° 7**
Glossaire





AAH :	Allocation aux Adultes Handicapés
AMP :	Aide Médico-Psychologique
ANDASS :	Association Nationale des Directeurs d'Action Sociale et de Santé des Départements
APA :	Allocation Personnalisée d'Autonomie
API :	Allocation de Parent Isolé
ARH :	Agence Régionale de l'Hospitalisation
ARS :	Agence Régionale de Santé
AS :	Aide-Soignante
ASPA :	Allocation de Solidarité aux Personnes Âgées
ASV :	Avantage Social Vieillesse
CCAS :	Centre Communal d'Action Sociale
CNSA :	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
CIDHPA :	Centre Départemental d'Information sur l'Hébergement des Personnes Âgées
CG :	Conseil général
CG17 :	Conseil général de la Charente-Maritime
CLIC :	Centre Local d'Information et de Coordination
CMU :	Couverture Maladie Universelle
CNOM :	Conseil National de l'Ordre des Médecins
CPAM :	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CRAM :	Caisse Régionale d'Assurance Maladie
CVS :	Correction des Variations Saisonnères
DDASS :	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DT :	Délégation Territoriale du Conseil général
DREES :	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
EHPA :	Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées
EHPAD :	Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
ESMS :	Établissement Social et Médico-Social
GIR :	Groupe Iso-Ressources
GCSMS :	Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale
HLM :	Habitation à Loyer Modéré

INSEE :	Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE)
MAS :	Maison d'Accueil Spécialisée
MRS :	Maison de Retraite Spécialisée
MSA :	Mutualité Sociale Agricole
ORS :	Observatoire Régional de Santé
PA :	Personnes Âgées
PH :	Personnes Handicapées
PRIAC :	Programme Interdépartemental d'Accompagnement des Handicaps et de la Perte d'Autonomie
PSDC :	Population Sans Double Compte
PSD :	Prestation Spécifique de Dépendance
PUV :	Petite Unité de Vie
RMI :	Revenu Minimum d'Insertion
SAD :	Service d'Aide à Domicile
SPASAD :	Service Polyvalent d'Aide et de Soins A Domicile
SSIAD :	Service de Soins Infirmiers A Domicile
UASA :	Unité d'Activités et de Soins Adaptés
URML :	Union Régionale des Médecins Libéraux
USLD :	Unité de Soins de Longue Durée





INDEX

INTRODUCTION

CHAPITRE N° 1

Présentation du département,
description du contexte
sociodémographique
et des caractéristiques
économiques

CHAPITRE N° 2

Accompagnement des personnes
âgées en Charente-Maritime



Préambule		p. 3
Dominique BUSSEREAU	Président du Conseil général de la Charente-Maritime	p. 11
1.1 - Le portrait démographique de la Charente-Maritime		p. 13
a/ Une population qui augmente globalement plus vite que la moyenne nationale et régionale		p. 13
b/ Une augmentation de la population sur la totalité du département		p. 14
c/ Une population relativement plus âgée que la moyenne nationale et régionale		p. 16
d/ La projection démographique de la Charente-Maritime à horizon 2030		p. 19
1.2 - Le contexte socio-économique en Charente-Maritime et l'évaluation chiffrée de l'effort global du Conseil général en matière sociale		p. 20
a/ Un Département qui réalise un effort plus important que ses voisins en matière d'aide sociale globale et similaire dans le domaine de l'aide sociale aux personnes âgées		p. 21
b/ Un département qui compte une plus grande proportion de retraités		p. 23
c/ Un département très concerné par le chômage		p. 23
d/ Un nombre important de bénéficiaires de l'Allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA)		p. 24
1.3 - Une prise en charge organisée en délégations territoriales		p. 25
a/ Présentation des délégations territoriales		p. 25
1.4 - Un département présentant des disparités socio-économiques selon les pays		p. 30
2.1 - L'organisation de la vie à domicile		p. 37
a/ Un maintien à domicile essentiellement financé par le Conseil général au titre de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA)		p. 37
b/ Des dépenses d'APA à domicile qui ont continué à augmenter		p. 39
2.2 - Les caractéristiques des bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie à domicile		p. 40
a/ Un nombre stabilisé de bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie à domicile		p. 40
2.3 - Les prestations financées par l'allocation personnalisée d'autonomie		p. 47
a/ Un nombre moyen d'heures d'aide à domicile attribuées par bénéficiaire en légère baisse mais plutôt plus élevé que dans d'autres départements		p. 48
b/ Une multiplicité de services d'aide à domicile de tailles disparates		p. 49
c/ Le portage de repas : une activité qui concerne peu de bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie à domicile mais qui se développe		p. 53
d/ La télé-alarme : un outil encore sous-utilisé		p. 55
e/ Une diminution des dépenses d'aide ménagère		p. 57
f/ Les autres prestations à destination des personnes âgées		p. 58
g/ Les aides du Conseil général en matière de logement et d'amélioration de l'habitat		p. 61
2.4 - L'organisation de l'accompagnement en accueil familial		p. 64
a/ Une place importante consacrée à l'accueil familial en Charente-Maritime		p. 64
b/ Un nombre de places agréées en familles d'accueil en diminution par rapport au précédent schéma		p. 66
c/ Des dépenses d'allocation de placement familial stabilisées		p. 67



INDEX

CHAPITRE N° 2 (SUITE)

Accompagnement des personnes
âgées en Charente-Maritime

CHAPITRE N° 3

Bilan du précédent schéma



2.5 - L'organisation de la prise en charge en établissement	p. 70
a/ Une amélioration générale de la qualité de la prise en charge offerte en établissement par la mise en place et le renouvellement des conventions tripartites	p. 71
b/ Une augmentation globale du nombre de lits et places en établissement et notamment en EHPAD	p. 77
c/ ...Mais un ratio de lits et places par rapport aux personnes âgées de plus de 75 ans qui demeure inférieur à celui d'autres départements	p. 78
d/ Un nombre important de lits qui demeurent disponibles sur la totalité du département	p. 85
e/ L'habilitation à l'aide sociale départementale	p. 90
f/ Un prix moyen d'hébergement en EHPAD relativement élevé dans le secteur privé lucratif et surtout très contrasté selon les délégations territoriales	p. 93
<hr/>	
2.6 - Un nombre de bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie en établissement en augmentation	p. 99
a/ Des allocataires de l'allocation personnalisée d'autonomie en établissement relativement moins dépendants que lors du précédent schéma	p. 101
b/ Les caractéristiques de la population accueillie en établissement	p. 104
<hr/>	
2.7 - Les priorités de l'État en matière de prise en charge des personnes âgées dépendantes	p. 105
<hr/>	
2.8 - L'état de l'offre de soins en Charente-Maritime	p. 108
a/ Une augmentation importante du nombre de places en Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) qui fait de la Charente-Maritime un département correctement équipé	p. 108
b/ Un niveau de couverture médicale légèrement inférieur à la moyenne nationale mais supérieur à la moyenne régionale	p. 110
<hr/>	
2.9 - L'organisation et la coordination de l'offre médico-sociale	p. 113
a/ Une consultation relativement stable du Centre d'information départemental sur l'hébergement des personnes âgées (CIDHPA)	p. 113
b/ Un niveau d'activité contrasté entre les différents centres locaux d'information et de coordination (CLIC)	p. 114
<hr/>	
3.1 La prévention et la coordination autour de la personne âgée	p. 121
a/ Rappel des actions préconisées dans le précédent schéma	p. 121
b/ Évaluation de la mise en œuvre de ces actions	p. 122
c/ Prolongements dans le cadre du schéma 2011-2016	p. 123
<hr/>	
3.2 - Les services d'aide à domicile et la professionnalisation de l'aide à domicile	p. 124
a/ Rappel des actions préconisées dans le précédent schéma	p. 124
b/ Évaluation de la mise en œuvre de ces actions	p. 124
c/ Prolongements dans le cadre du schéma 2011-2016	p. 127
<hr/>	
3.3 - L'accueil familial	p. 128
a/ Rappel des actions préconisées dans le précédent schéma	p. 128
b/ Évaluation de la mise en œuvre de ces actions	p. 128
c/ Prolongements dans le cadre du schéma 2011-2016	p. 130
<hr/>	
3.4 - L'accueil de publics spécifiques (personnes âgées désorientées et personnes handicapées âgées)	p. 130
a/ Rappel des actions préconisées dans le précédent schéma	p. 130
b/ Évaluation de la mise en œuvre de ces actions	p. 131
c/ Prolongements dans le cadre du schéma 2011-2016	p. 133



INDEX



CHAPITRE N° 3 (SUITE)
Bilan du précédent schéma



CHAPITRE N° 4
Résultats des questionnaires





3.5 - Les structures d'accueil pour personnes âgées et la promotion de la qualité dans les établissements et les services	p. 134
a/ Rappel des actions préconisées dans le précédent schéma	p. 134
b/ Évaluation de la mise en œuvre de ces actions	p. 135
c/ Prolongements dans le cadre du schéma 2011-2016	p. 136
<hr/>	
4.1 - Les résultats de l'enquête auprès des personnes âgées vivant à domicile	p. 140
a/ Les participants	p. 140
b/ Le profil des personnes âgées à domicile ayant répondu au questionnaire	p. 140
c/ La qualité de vie à domicile et le recours aux services d'aide	p. 141
d/ L'avis des personnes âgées à domicile sur le dispositif de l'APA	p. 143
e/ L'entrée en établissement	p. 144
f/ La connaissance des services financés ou mis en place par le Conseil général et le degré de satisfaction	p. 144
- Le centre départemental d'information pour l'hébergement des personnes âgées	p. 144
- Les centres locaux d'information et de coordination (CLIC)	p. 144
- Les délégations territoriales du Conseil général	p. 145
g/ Les conditions d'amélioration de la vie à domicile selon les répondants	p. 145
<hr/>	
4.2 - Les résultats de l'enquête auprès des personnes âgées résidant en établissement	p. 146
a/ Les participants	p. 146
b/ Le profil des personnes âgées en établissement ayant répondu au questionnaire	p. 146
c/ L'arrivée dans l'établissement	p. 147
d/ La vie quotidienne	p. 148
e/ La connaissance des services financés ou mis en place par le Conseil général et le degré de satisfaction	p. 149
f/ Les suggestions des personnes âgées en établissement	p. 149
g/ Les croisements complémentaires	p. 150
<hr/>	
4.3 - Les résultats de l'enquête auprès des accueillants familiaux	p. 151
a/ Les participants	p. 151
b/ Le profil des accueillants familiaux ayant répondu au questionnaire	p. 151
c/ La localisation des accueillants familiaux	p. 152
d/ Le nombre de places par famille d'accueil	p. 152
e/ Les usagers accueillis	p. 153
f/ L'ancienneté de l'agrément	p. 153
g/ La situation socioprofessionnelle des accueillants familiaux	p. 154
h/ Le logement des accueillants familiaux	p. 154
i/ L'information autour de l'accueil familial	p. 154
j/ Les motivations pour devenir accueillant familial	p. 154
k/ Les relations avec les autres acteurs	p. 155
l/ Les attentes des accueillants familiaux pour le prochain schéma	p. 155
<hr/>	
4.4 - Les résultats de l'enquête auprès des responsables de services	p. 156
a/ Les participants	p. 156
b/ Le profil des personnes âgées accompagnées par les services ayant répondu au questionnaire	p. 156
c/ La couverture géographique des services	p. 156
d/ Les types de services et les types d'intervention.	p. 156
e/ Le personnel des services	p. 157
f/ La qualité au sein des services	p. 157



INDEX

CHAPITRE N° 4 (SUITE)
Résultats des questionnaires

CHAPITRE N° 5
Fiches actions



g/ Les tarifs d'intervention	p. 157
h/ Les relations des services avec les autres acteurs	p. 158
i/ Les améliorations possibles pour les services	p. 158
j/ Les projets des services	p. 159
k/ L'appréciation sur les dispositifs de prise en charge des personnes âgées en Charente-Maritime	p. 159
l/ Les propositions des responsables de services pour le prochain schéma	p. 160

4.5 - Les résultats de l'enquête auprès des responsables d'établissement accueillant des personnes âgées

a/ Les participants	p. 161
b/ Le profil du public accueilli au 31 décembre 2009 dans les établissements ayant répondu	p. 161
c/ Les caractéristiques de l'établissement	p. 162
d/ L'évaluation de la qualité des prestations	p. 162
e/ La gestion des urgences	p. 163
f/ Les relations avec les autres acteurs	p. 163
g/ Les tarifs des établissements	p. 164
h/ Les projets d'avenir	p. 164
i/ L'avis général sur la prise en charge des personnes âgées en Charente-Maritime	p. 165
j/ Les croisements possibles	p. 166

4.6 - Les résultats de l'enquête auprès des professionnels de l'évaluation

a/ Les participants	p. 169
b/ Le profil des professionnels de l'évaluation ayant répondu	p. 169
c/ L'appréciation sur la mise en œuvre des plans d'aide (APA, caisses de retraite)	p. 170
d/ La place et le rôle des aidants naturels	p. 171
e/ Le regard des évaluateurs sur l'accueil familial	p. 171
f/ Les relations des évaluateurs avec les usagers	p. 171
g/ Les relations des évaluateurs avec les CLIC	p. 172
h/ Le point de vue général des évaluateurs sur la prise en charge des personnes âgées en Charente-Maritime	p. 172
– L'appréciation sur les soins infirmiers	p. 172
– L'appréciation sur les établissements	p. 173
i/ L'accessibilité financière des services et les modes de prise en charge	p. 174
j/ Les principaux points forts et points faibles du système de prise en charge des personnes âgées	p. 174
k/ Les propositions pour le prochain schéma	p. 175

5.1 - Axe 1 : Améliorer l'offre d'accompagnement des personnes âgées à domicile

> Fiche action n° 1.1 : Mettre en place un protocole partagé de prévention et de signalement de la maltraitance envers les personnes âgées vulnérables	p. 179
> Fiche action n° 1.2 : Renforcer la formation continue et la supervision des intervenants des services d'aide à domicile prestataires autorisés	p. 182
> Fiche action n° 1.3 : Proposer des accueils de jour répondant aux besoins des personnes âgées	p. 184

5.2 - Axe 2 : Mieux adapter l'accueil en établissement aux besoins des personnes âgées

> Fiche action n° 2.1 : Favoriser l'accès des bénéficiaires de l'aide sociale départementale à des lits habilités à l'aide sociale	p. 186
> Fiche action n° 2.2 : Développer un outil partagé de suivi des places disponibles en établissement	p. 188



INDEX

CHAPITRE N° 5 (SUITE)
Fiches actions

CHAPITRE N° 6
Synthèse

CHAPITRE N° 7
Glossaire



> Fiche action n° 2.3 : Élaborer une charte relative aux tarifs des établissements en cohérence avec les besoins des personnes âgées	p. 190
> Fiche action n° 2.4 : Mettre en place un dossier partagé et une procédure unique de demande d'inscription en établissement	p. 192
> Fiche action n° 2.5 : Favoriser les solutions d'admission rapide en EHPAD	p. 194
5.3 - Axe 3 : Soutenir et développer l'accueil familial	p. 197
> Fiche action n° 3.1 : Développer la formation continue et favoriser le répit des accueillants familiaux	p. 197
> Fiche action n° 3.2 : Mettre en place un règlement de fonctionnement de l'accueil familial	p. 200
> Fiche action n° 3.3 : Expérimenter le développement d'un système d'accueil familial regroupé	p. 202
5.4 - Axe 4 : Optimiser le fonctionnement des structures et favoriser la coordination et le travail en réseau des acteurs intervenant auprès de la personne âgée	p. 205
> Fiche action n° 4.1 : Favoriser les mutualisations et les regroupements entre les structures pour optimiser leur fonctionnement ainsi que la qualité de prise en charge des usagers	p. 205
> Fiche action n° 4.2 : Renforcer le rôle du Conseil général en matière de coordination gérontologique locale	p. 209
> Fiche action n° 4.3 : Améliorer le partage d'informations en matière d'évaluations et de suivis médico-sociaux	p. 212
> Fiche action n° 4.4 : Solliciter l'Agence Régionale de Santé sur l'amélioration des parcours de soins des personnes âgées en encourageant le travail en réseau	p. 215
> Fiche action n° 4.5 : Coordonner les interventions à domicile : élaboration d'un outil de liaison	p. 218
5.5 - Axe 5 : Encourager le maintien et l'intégration des personnes âgées dans la société	p. 221
> Fiche action n° 5.1 : Diffuser l'information sur les dispositifs d'adaptation du logement existants et soutenir des projets innovants	p. 221
> Fiche action n° 5.2 : Faire connaître les dispositifs existants de transport adapté aux besoins des personnes âgées et soutenir de nouvelles formes de transport	p. 224
> Fiche action n° 5.3 : Favoriser le maintien et le développement d'activités sportives, culturelles, de loisirs répondant aux attentes variées des personnes âgées	p. 226
> Fiche action n° 5.4 : Faciliter l'action des associations œuvrant pour les personnes âgées et encourager le bénévolat des personnes âgées	p. 228
5.6 - Axe 6 : Organiser le pilotage de la politique départementale en faveur des personnes âgées	p. 230
> Fiche action n° 6-1 : Piloter la politique départementale en faveur des personnes âgées en s'appuyant notamment sur le schéma	p. 230
	p. 232
	p. 238

**“ Le Conseil général de la Charente-Maritime
remercie sincèrement les personnes
qui ont bien voulu prêter leur image
pour illustrer cet ouvrage ● ● ●**



Josseline, Colette, Reine, Maria, Françoise, Mireille, Marguerite, Bernadette, Marie-Louise, Martine, Frédérique, Jean-Noël, Marcelle, Odette, Marguerite, Renée, Christine, Marcel, Lydie, Ginette, Jacqueline, Paulette, Madeleine, Simone, Andrée, Jeanne et Guy. ”





Livre blanc édité par
le Conseil général
de la Charente-Maritime

Réalisation :

Chat Noir - Châtelleraut

Crédits photographiques :

Mélanie CHAIGNEAU

Impression :

IRO Périgny (17)

Ce document est imprimé
sur du papier PEFC / 10-31-1523

Tirage : 4 000 exemplaires

Maison de la Charente-Maritime
85 boulevard de la République
17076 La Rochelle cedex 9

ISBN 978-2-917688-14-4

Dépôt légal : mai 2011

