

Une politique
active
de solidarité

Schéma départemental
de l'organisation sociale
et médico-sociale

Personnes âgées

Années 2008-2012

Cadre législatif et réglementaire

La loi n° 2002-02 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale a reprecisé le cadre des schémas départementaux tels qu'ils avaient été définis par la loi n° 75-535 du 20 juin 1975, modifiée par les lois de décentralisation qui ont confié aux départements et à l'État des missions partagées dans certains secteurs d'intervention.

Au terme de ces dispositions, le code de l'action sociale et des familles précise, dans ses articles L.312-4 et L.312-5, les caractéristiques des schémas d'organisation sociale et médico-sociale établis pour une période maximum de cinq ans. La loi 2004-809 du 13 août 2004, relative aux libertés et responsabilités locales, renforce la compétence du Conseil général dans le domaine des personnes âgées.

Les schémas ont pour objet :

- d'apprécier la nature, le niveau et l'évolution des besoins sociaux et médico-sociaux de la population ;
- de dresser un bilan quantitatif et qualitatif de l'offre sociale et médico-sociale existante ;
- de déterminer les perspectives et les objectifs de développement ;
- de préciser le cadre de la coopération et de la coordination entre les établissements et les services sociaux et médico-sociaux, ainsi qu'avec les établissements de santé ou tout autre organisme ;
- de définir les critères d'évaluation des actions mises en œuvre dans le cadre de ces schémas.

Ce schéma départemental est adopté par le Conseil général après concertation avec le représentant de l'État dans le département et avis du Comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale. Il s'agit alors d'un document opposable.

Éditorial



Jean Arthuis

Sénateur,
Président du
Conseil général
de la Mayenne

Schéma départemental de l'organisation sociale et médico-sociale, volet «personnes âgées»

Le vieillissement de la population représente un défi majeur de notre société. En 2030, si les tendances démographiques se confirment, un habitant sur trois, en Mayenne, sera âgé de plus de 60 ans et la population de plus de 75 ans aura doublé.

Si les progrès de la médecine et l'évolution des conditions de vie nous permettent de vivre plus longtemps et en meilleure santé, cela n'exclut pas la perte d'autonomie progressive à laquelle tout un chacun peut-être confronté. Dans ce contexte, il nous faut apporter des réponses de qualité, adaptées aux familles. C'est ce que s'attache à faire le Conseil général qui pilote et coordonne l'action sociale en faveur des personnes âgées à laquelle il consacre annuellement 46 millions d'euros.

C'est dire si le bien-être et l'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées sont au cœur des préoccupations du Conseil général qui vient d'adopter les orientations du nouveau Schéma départemental de l'organisation sociale et médico-sociale pour la période 2008/2012. Ce schéma, approuvé par le Comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale (CROSMS) a été élaboré en concertation avec l'Etat et s'inscrit dans une large consultation partenariale. Que toutes celles et tous ceux qui ont participé à son élaboration en soient vivement remerciés, qu'il s'agisse bien sûr des élus et des services du Conseil général mais aussi de l'ensemble des acteurs concernés dans notre département : Etat, caisses de retraite, collectivités territoriales, partenaires sociaux, associations, professionnels du secteur social, médico-social et sanitaire. Tous ont pris une part active dans notre réflexion avec une mention toute particulière au Centre d'études et d'action sociale (C.E.A.S) dont les collaborateurs ont assuré l'animation et la synthèse des travaux tout au long de ces derniers mois.

Veiller à l'égalité des chances dans l'accès des personnes âgées aux aides, services ou établissements sur l'ensemble du territoire mayennais, permettre aux personnes d'exercer leur libre choix entre le soutien à domicile ou l'entrée en hébergement, améliorer la prise en charge des personnes atteintes de troubles cognitifs et psycho-comportementaux, telles sont quelques-unes des orientations majeures de ce Schéma départemental de l'organisation sociale et médico-sociale consacré aux personnes âgées.

Puisse-t-il témoigner, dans le respect des valeurs de solidarité qui fondent notre politique départementale, de notre capacité à répondre aux attentes de nos aînés, pour bien vieillir en Mayenne et «donner de la vie au temps».

Sommaire

PARTIE I

Charte des droits et libertés
de la personne âgée en situation de handicap
ou de dépendance p. 4

PARTIE II

Bilan du premier schéma (1994) p. 10

PARTIE III

Présentation de la démarche
mise en œuvre p. 14

PARTIE IV

Grandes orientations du schéma p. 18

PARTIE V

Fiches-action p. 21

Orientations de fond
et/ou prioritaires p. 22

1 - Actions transversales p. 23

2 - Prise en charge des personnes
atteintes de troubles cognitifs
et psycho-comportementaux p. 39

Objectif 2.1 :
Améliorer la prise en charge des personnes
désorientées vivant à leur domicile. p. 41

Objectif 2.2 :
Améliorer la prise en charge en établissement
des personnes atteintes de troubles cognitifs
et psycho-comportementaux p. 44

3 - Soutien à domicile p. 47

Objectif 3.1 :
Renforcer les CLIC dans leur rôle
de lieu-ressources p. 48

Objectif 3.2 :
Encourager les interventions d'aide à domicile
en service prestataire dans le respect de
la diversité de l'offre p. 50

Objectif 3.3 :
Développer la qualité dans les services d'aide
à domicile p. 55

Objectif 3.4 :
Augmenter la capacité des SSIAD et
développer la qualité p. 60

Objectif 3.5 :
Optimiser le dispositif de l'APA p. 64

Objectif 3.6 :
Formuler des préconisations pour les services
de portage de repas p. 67

Objectif 3.7 :
Développer l'hébergement temporaire
comme solution alternative p. 68

Objectif 3.8 :
Développer un réseau d'accueillants familiaux
pour personnes âgées p. 72

4 – Établissements p.79

Objectif 4.1 :

Déterminer l'offre nécessaire, à terme, au regard des perspectives d'évolution tant sur le plan démographique que sur le plan de la dépendance p. 80

Objectif 4.2 :

Favoriser les opérations de rénovation et de restructuration p. 89

Objectif 4.3 :

Favoriser le rapprochement des établissements par des mutualisations ou des fusions p. 90

Objectif 4.4 :

Faire en sorte que les établissements proposent un service de qualité p. 92

Objectif 4.5 :

Conseiller les élus locaux sur les résidences-services p. 93

Objectif 4.6 :

Explorer la problématique du vieillissement des personnes handicapées p. 95

5 – Prévention p. 97

Objectif 5.1 :

Sensibiliser et former le grand public à la connaissance du vieillissement et à la compréhension, à l'acceptation des évolutions physiologiques et/ou neurologiques p. 98

Objectif 5.2 :

Encourager les actions d'animation en direction des personnes âgées ne relevant pas des accueils de jour p. 99

Objectif 5.3 :

Faciliter la mobilité des personnes âgées .. p. 100

Objectif 5.4 :

Mettre en place des actions visant la sécurité routière p. 101

Objectif 5.5 :

Faciliter l'amélioration et l'adaptation de l'habitat p. 102

Objectif 5.6 :

Apporter, aux usagers, une information sur l'offre en téléassistance p. 105

Objectif 5.7 :

Développer les actions de prévention en lien avec les évolutions physiologiques et/ou neurologiques p. 106

6 – Suivi et évaluation du schéma p. 107

Objectif 6.1 :

Assurer un suivi de la mise en œuvre du schéma et évaluer les actions p. 108

Liste des sigles p. 109

Charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance*

PARTIE

I

PRÉAMBULE

La vieillesse est une étape de l'existence pendant laquelle chacun poursuit son accomplissement.

Les personnes âgées, pour la plupart, restent autonomes et lucides jusqu'au terme de leur vie. Au cours de la vieillesse, les incapacités surviennent à une période de plus en plus tardive. Elles sont liées à des maladies ou des accidents, qui altèrent les fonctions physiques et/ou mentales.

Même en situation de handicap ou de dépendance, les personnes âgées doivent pouvoir continuer à exercer leurs libertés et leurs droits et assumer leurs devoirs de citoyens.

Leur place dans la cité, au contact des autres générations et dans le respect des différences, doit être reconnue et préservée.

Cette Charte a pour objectif d'affirmer la dignité de la personne âgée en situation de handicap ou devenue dépendante et de rappeler ses libertés et ses droits ainsi que les obligations de la société à l'égard des plus vulnérables.

ARTICLE I CHOIX DE VIE

Toute personne âgée devenue handicapée ou dépendante est libre d'exercer ses choix dans la vie quotidienne et de déterminer son mode de vie.

Elle doit bénéficier de l'autonomie que lui permettent ses capacités physiques et mentales, même au prix d'un certain risque. Il convient de la sensibiliser à ce risque, d'en tenir informé l'entourage et de proposer les mesures de prévention adaptées.

La famille et les intervenants doivent respecter le plus possible le désir profond et les choix de la personne, tout en tenant compte de ses capacités qui sont à réévaluer régulièrement.

ARTICLE II CADRE DE VIE

Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit pouvoir choisir un lieu de vie - domicile personnel ou collectif - adapté à ses attentes et à ses besoins.

Elle réside le plus souvent dans son domicile et souhaite y demeurer. Des dispositifs d'assistance et des aménagements doivent être proposés pour le lui permettre.

Un handicap psychique rend souvent difficile, voire impossible, la poursuite de la vie au domicile, surtout en cas d'isolement. Dans ce cas, l'indication et le choix du lieu d'accueil doivent être évalués avec la personne et ses proches. La décision doit répondre aux souhaits et aux difficultés de la personne. Celle-ci doit être préparée à ce changement.

La qualité de vie ainsi que le bien-être physique et moral de la personne doivent constituer l'objectif constant, quel que soit le lieu d'accueil.

Lors de l'entrée en institution, les conditions de résidence doivent être garanties par un contrat explicite ; la personne concernée a recours au conseil de son choix avant et au moment de l'admission.

Le choix de la solution d'accueil prend en compte et vérifie l'adéquation des compétences et des moyens humains de l'institution avec les besoins liés aux problèmes psycho-sociaux, aux pathologies et aux déficiences à l'origine de l'admission.

Tout changement de lieu de résidence, ou même de chambre, doit faire l'objet d'une concertation avec la personne.

En institution, l'architecture et les dispositifs doivent être conçus pour respecter la personne dans sa vie privée.

L'espace commun doit être organisé afin de favoriser l'accessibilité, l'orientation, les déplacements. Il doit être accueillant et garantir les meilleures conditions de sécurité.

ARTICLE III VIE SOCIALE ET CULTURELLE

Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance conserve la liberté de communiquer, de se déplacer et de participer à la vie en société.

La vie quotidienne doit intégrer son rythme d'existence ainsi que les exigences et les difficultés liées aux handicaps, que ce soit au domicile, dans les lieux publics ou en institution.

Les élus et les urbanistes doivent prendre en considération le vieillissement de la population et les besoins des personnes de tous âges présentant des incapacités, notamment pour l'aménagement de la cité.

Les lieux publics et les transports en commun doivent être accessibles en toute sécurité afin de préserver l'insertion sociale et de favoriser l'accès à la vie culturelle en dépit des handicaps.

Les institutions et industries culturelles ainsi que les médias doivent être attentifs, dans leurs créations et leurs programmations, aux attentes et besoins spécifiques des personnes âgées en situation de handicap ou de dépendance.

Les nouvelles technologies doivent être accessibles dans les meilleures conditions possibles aux personnes qui le souhaitent.



ARTICLE IV PRÉSENCE ET RÔLE DES PROCHES

Le maintien des relations familiales, des réseaux amicaux et sociaux est indispensable à la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance.

Le rôle des proches qui entourent la personne à domicile doit être reconnu. Il doit être étayé par des soutiens psychologiques, matériels et financiers.

Au sein des institutions, l'association des proches à l'accompagnement de la personne et le maintien d'une vie relationnelle doivent être encouragés et facilités.

En cas d'absence ou de défaillance des proches, il revient aux professionnels et aux bénévoles formés à cette tâche de veiller au maintien d'une vie relationnelle dans le respect des choix de la personne.

Toute personne, quel que soit son âge, doit être protégée des actions visant à la séparer d'un tiers avec lequel, de façon libre et mutuellement consentie, elle entretient ou souhaite avoir une relation intime.

Respecter la personne dans sa sphère privée, sa vie relationnelle, affective et sexuelle, s'impose à tous.

ARTICLE V PATRIMOINE ET REVENUS

Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit pouvoir garder la maîtrise de son patrimoine et de ses revenus disponibles.

Elle doit pouvoir en disposer conformément à ses désirs et à ses besoins, sous réserve d'une protection légale, en cas de vulnérabilité.

Elle doit être préalablement informée de toute vente de ses biens et préparée à cette éventualité.

Il est indispensable que le coût de la compensation des handicaps ne soit pas mis à la charge de la famille. Lorsque la personne reçoit des aides sociales, la fraction des ressources restant disponible après la prise en charge doit demeurer suffisante et servir effectivement à son bien-être et à sa qualité de vie.

Charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance

ARTICLE VI

VALORISATION DE L'ACTIVITÉ

Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit être encouragée à conserver des activités.

Des besoins d'expression et des capacités d'accomplissement existent à tout âge, même chez des personnes malades présentant un affaiblissement intellectuel ou physique sévère.

Développer des centres d'intérêt maintient le sentiment d'appartenance et d'utilité tout en limitant l'isolement, la ségrégation, la sensation de dévalorisation et l'ennui. La participation volontaire à des réalisations créatives diversifiées et valorisantes (familiales, mais aussi sociales, économiques, artistiques, culturelles, associatives, ludiques, etc.) doit être favorisée.

L'activité ne doit pas être une animation uniformisée et indifférenciée, mais permettre l'expression des aspirations personnelles.

Des activités adaptées doivent être proposées aux personnes quelle que soit la nature du déficit.

Les activités infantilisantes ou dévalorisantes sont à rejeter.

ARTICLE VII

LIBERTÉ D'EXPRESSION ET LIBERTÉ DE CONSCIENCE

Toute personne doit pouvoir participer aux activités associatives ou politiques ainsi qu'aux activités religieuses et philosophiques de son choix.

Sa liberté d'expression s'exerce dans le respect des opinions d'autrui.

L'exercice de ses droits civiques doit être facilité, notamment le droit de vote en fonction de sa capacité juridique.

Toute personne en situation de handicap ou de dépendance doit être reconnue dans ses valeurs, qu'elles soient d'inspiration religieuse ou philosophique.

Elle a droit à des temps de recueillement spirituel ou de réflexion.

Chaque établissement doit disposer d'un espace d'accès aisé pouvant servir de lieu de recueillement et de culte et permettre la visite des représentants des diverses religions et mouvements philosophiques non confessionnels en dehors de tout prosélytisme.

Les rites et les usages religieux ou laïcs s'accomplissent dans le respect mutuel.

ARTICLE VIII

PRÉSERVATION DE L'AUTONOMIE

La prévention des handicaps et de la dépendance est une nécessité pour la personne qui vieillit.

La vieillesse est un état physiologique qui n'appelle pas en soi de médicalisation. Le handicap physique ou psychique résulte d'états pathologiques, dont certains peuvent être prévenus ou traités. Une démarche médicale préventive se justifie, chaque fois que son efficacité est démontrée.

En particulier, la personne exposée à un risque, soit du fait d'un accident, soit du fait d'une maladie chronique, doit bénéficier des actions et des moyens permettant de prévenir ou de retarder l'évolution des symptômes déficitaires et de leurs complications.

Les possibilités de prévention doivent faire l'objet d'une information claire et objective du public, des personnes âgées comme des professionnels, et être accessibles à tous.

Handicaps et dépendance peuvent mettre la personne sous l'emprise d'autrui. La prise de conscience de cette emprise par les professionnels et les proches est la meilleure protection contre le risque de maltraitance.

ARTICLE IX

ACCÈS AUX SOINS ET À LA COMPENSATION DES HANDICAPS

Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit avoir accès aux conseils, aux compétences et aux soins qui lui sont utiles.

L'accès aux soins doit se faire en temps utile selon les besoins de la personne. Les discriminations liées à l'âge sont contraires à l'éthique médicale.

Les soins comprennent tous les actes médicaux et paramédicaux qui permettent la guérison chaque fois que cet objectif peut être atteint. Les soins visent aussi à rééduquer les fonctions déficitaires et à compenser les incapacités. Ils s'appliquent à améliorer la qualité de vie, à soulager la douleur, à maintenir la lucidité et le confort du malade, en réaménageant espoirs et projets.

En situation de handicap, la personne doit avoir accès à l'ensemble des aides humaines et techniques nécessaires ou utiles à la compensation de ses incapacités.

Aucune personne ne doit être considérée comme un objet passif de soins, que ce soit à l'hôpital, au domicile ou en institution. Le consentement éclairé doit être recherché en vue d'une meilleure coopération du malade à ses propres soins.

Tout établissement de santé doit disposer des compétences et des moyens, ou à défaut, des coopérations structurelles permettant d'assurer sa mission auprès des personnes âgées malades, y compris celles en situation de dépendance.

Les institutions d'accueil doivent disposer des compétences, des effectifs, des locaux et des ressources financières nécessaires à la prise en soins des personnes âgées dépendantes, en particulier des personnes en situation de handicap psychique sévère.

Les délais administratifs anormalement longs et les discriminations de toute nature à l'accueil doivent être corrigés.

La tarification des soins et des aides visant à la compensation des handicaps doit être déterminée en fonction des besoins de la personne et non de la nature du service ou de l'établissement qui la prend en charge. Elle ne doit pas pénaliser les familles.

ARTICLE X

QUALIFICATION DES INTERVENANTS

Les soins et les aides de compensation des handicaps que requièrent les personnes malades chroniques doivent être dispensés par des intervenants formés, en nombre suffisant, à domicile comme en institution.

Une formation spécifique en gériatrie doit être assurée à tous les intervenants concernés. Cette formation est initiale et continue : elle s'adresse en particulier à tous les métiers de la santé et de la compensation des handicaps.

La compétence à la prise en charge des malades âgés ne concerne pas uniquement les personnels spécialisés en gériatrie mais l'ensemble des professionnels susceptibles d'intervenir dans les aides et les soins.

Les intervenants, surtout lorsqu'ils sont isolés, doivent bénéficier d'un suivi, d'une évaluation adaptée et d'une analyse de leurs pratiques. Un soutien psychologique est indispensable ; il s'inscrit dans une démarche d'aide aux soignants et aux aidants.



Charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance

ARTICLE XI

RESPECT DE LA FIN DE VIE

Soins, assistance et accompagnement doivent être procurés à la personne âgée en fin de vie et à sa famille.

Il faut éviter de confondre les affections sévères et les affections mortelles : le renoncement thérapeutique chez une personne curable s'avère aussi inacceptable que l'obstination thérapeutique injustifiée. Mais, lorsque la mort approche, la personne doit être entourée de soins et d'attentions appropriés.

Le refus de l'acharnement thérapeutique ne signifie pas un abandon des soins, mais justifie un accompagnement visant à combattre efficacement toute douleur physique et à prendre en charge la souffrance morale.

La personne doit pouvoir vivre le terme de son existence dans les conditions qu'elle souhaite, respectée dans ses convictions et écoutée dans ses préférences.

La place des proches justifie une approche et des procédures adaptées à leurs besoins propres.

Que la mort ait lieu à l'hôpital, au domicile ou en institution, les intervenants doivent être sensibilisés et formés aux aspects relationnel, culturel, spirituel et technique de l'accompagnement des personnes en fin de vie et de leur famille, avant et après le décès.

ARTICLE XII

LA RECHERCHE : UNE PRIORITÉ ET UN DEVOIR

La recherche multidisciplinaire sur le vieillissement, les maladies handicapantes liées à l'âge et les handicaps est une priorité. C'est aussi un devoir.

Elle implique aussi bien les disciplines biomédicales et de santé publique que les sciences humaines et sociales, les sciences économiques et les sciences de l'éducation.

La recherche relative aux maladies associées au grand âge est un devoir. Bénéficier des progrès de la recherche constitue un droit pour tous ceux qui en sont ou en seront frappés.

Seule la recherche peut permettre d'acquérir une meilleure connaissance des déficiences et des maladies liées à l'âge ainsi que de leurs conséquences fonctionnelles et faciliter leur prévention ou leur guérison.

Le développement d'une recherche gériatrique et gériatrique peut à la fois améliorer la qualité de vie des personnes âgées en situation de handicap ou de dépendance, diminuer leurs souffrances et abaisser les coûts de leur prise en charge.



ARTICLE XIII

EXERCICE DES DROITS ET PROTECTION JURIDIQUE DE LA PERSONNE VULNÉRABLE

Toute personne en situation de vulnérabilité doit voir protégés ses biens et sa personne.

L'exercice effectif de la totalité de ses droits civiques doit être assuré à la personne vulnérable, y compris le droit de vote en l'absence de tutelle.

Les professionnels habilités à initier ou à appliquer une mesure de protection ont le devoir d'évaluer son acceptabilité par la personne concernée ainsi que ses conséquences affectives et sociales.

Dans la mise en œuvre des protections prévues par le Code Civil (sauvegarde de justice, curatelle ou tutelle), les points suivants doivent être considérés :

- le besoin de protection n'est pas forcément total, ni définitif ;
- la personne protégée doit pouvoir continuer à donner son avis chaque fois que cela est nécessaire et possible ;
- la dépendance psychique n'exclut pas que la personne puisse exprimer des orientations de vie et soit toujours tenue informée des actes effectués en son nom.

La sécurité physique et morale contre toutes agressions et maltraitances doit être assurée.

Toutes violences et négligences, même apparemment légères, doivent être prévenues, signalées et traitées. Les infractions caractérisées peuvent donner lieu à des sanctions professionnelles ou à des suites judiciaires.

Les violences ou négligences ont souvent des effets majeurs et irréversibles sur la santé et la sûreté des personnes : l'aide aux victimes doit être garantie afin que leurs droits soient respectés.

ARTICLE XIV

L'INFORMATION

L'information est le meilleur moyen de lutter contre l'exclusion.

Les membres de la société doivent être informés de manière explicite et volontaire des difficultés qu'éprouvent les personnes âgées en situation de handicap ou de dépendance.

L'information doit être la plus large possible. L'ignorance aboutit trop souvent à une attitude de mépris ou à une négligence indifférentes à la prise en compte des droits, des capacités et des souhaits de la personne.

Une information de qualité et des modalités de communication adaptées s'imposent à tous les stades d'intervention auprès de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance.

Loyale et compréhensible, l'information doit intervenir lorsque la personne est encore en capacité d'affirmer ses choix.

Il convient également de prendre en considération le droit de la personne qui se refuse à être informée.

Une exclusion sociale peut résulter aussi bien d'une surprotection infantilisante que d'un rejet ou d'un refus individuel et collectif d'être attentif aux besoins et aux attentes des personnes.

Lorsqu'il sera admis et acquis que toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance est respectée et reconnue dans sa dignité, sa liberté, ses droits et ses choix, cette charte sera appliquée dans son esprit.



Bilan du premier schéma (1994)

PARTIE

II

Un premier schéma des services et établissements sociaux et médico-sociaux en faveur des personnes âgées a été élaboré en 1993-1994. Ce premier schéma s'appuyait sur des constats qui n'ont plus du tout, aujourd'hui, la même pertinence.

Les 85 ans
ou plus
en Mayenne

1990 : 4 487

2000 : 7 459

(+ environ 3 000)

2010 : 9 285

(+ environ 1 800)

2020 : 13 106

(+ environ 3 800)

2030 : 13 629

(+ environ 500)

(INSEE – RGP 1990 /
projections Omphale)



Le vieillissement accentué de la population

CONSTAT : au début des années quatre-vingt-dix, «vieillissement accentué de la population», mais sans véritable pression démographique (faible visibilité).

Or, entre 1990 et 2020, le nombre des personnes âgées de 85 ans ou plus va être multiplié par près de trois. Si la progression enregistrée entre 1990 et 2000 a été «absorbée» assez facilement par les services et établissements, on risque de subir un effet cumulatif. A noter que la prise en charge des personnes désorientées, voire démentes, n'est pas encore d'actualité au début des années quatre-vingt-dix, pas plus que celle des personnes handicapées vieillissantes.

L'exigence de qualité de vie

CONSTAT : une «exigence de qualité de vie au domicile». Cette exigence demeure, mais depuis une quinzaine d'années, les services se sont «professionnalisés» (formation des intervenants, recrutement d'un personnel d'encadrement, accord de branche...).

Les services commencent à engager des démarches qualité et, en particulier, des actions d'évaluation des prestations. Le développement d'une concurrence (entreprises privées) favorise la recherche de qualité (a contrario, ce développement, par la multiplicité des services, nuit à la lisibilité de l'offre et à la mise en œuvre de la coordination). Un élément nouveau est le développement de l'emploi direct, y compris auprès de personnes dépendantes et/ou en perte d'autonomie (difficulté du contrôle). Par ailleurs, la prestation spécifique dépendance (PSD), puis l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), favorables au maintien à domicile, ont modifié les modalités de prise en charge, y compris pour l'élaboration des dossiers.

Le nombre de places en hébergement collectif

CONSTAT : un «nombre important de places en hébergement collectif» mais aussi une «qualité de l'hébergement [qui] souffre en maints endroits».

En outre, constat d'établissements qui «ne font plus le plein». Le schéma a mis un coup d'arrêt à l'ouverture de nouveaux établissements, sauf dans l'agglomération lavalloise qui était sous-équipée. Aujourd'hui, on constate le développement d'une offre privée d'hébergement qui ne s'adresse pas d'abord à une clientèle dépendante et/ou en perte d'autonomie : quelles conséquences pour l'avenir ?

Par ailleurs, la qualité de l'hébergement n'est plus aussi déficitaire en raison des travaux de modernisation réalisés et des effets de la signature des conventions tripartites État/Conseil général et établissements (pour autant, il reste des travaux à engager, notamment pour des mises aux normes).

Le soutien à domicile et l'hébergement collectif

CONSTAT : une «opposition entre le soutien à domicile et l'hébergement collectif».

On ne pourrait plus l'écrire aujourd'hui de façon aussi tranchée car les acteurs, notamment sous l'impulsion des Centres locaux d'information et de coordination gérontologique (CLIC), ont appris à travailler ensemble. Les réponses alternatives (cf. accueil de jour, hébergement temporaire) tendent à ce rapprochement. En outre, à la marge, des retours au domicile après une entrée en établissement sont aujourd'hui effectifs.

Organisation et coordination

CONSTAT : un manque en termes d'organisation des réponses et de coordination dans un territoire de proximité. Les CLIC répondent aujourd'hui complètement à cette préoccupation.

Des territoires se sont même lancés dans la définition de politiques gérontologiques territorialisées. L'effort est peut-être aujourd'hui plus à faire porter sur la coordination entre les acteurs sociaux et les acteurs sanitaires (enjeu des réseaux gérontologiques).

Droits des personnes âgées dépendantes

CONSTAT : «non respect, parfois, des droits des personnes âgées dépendantes».

Là encore, on peut penser que les CLIC peuvent aujourd'hui répondre à cette préoccupation par le rôle d'information, d'écoute, de veille, qu'ils remplissent sur le terrain.



Les orientations du premier schéma gérontologique (1994)

1

Donner la priorité à la politique de soutien à domicile :

- S'assurer de la cohérence des services les uns par rapport aux autres.
- Développer la capacité des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD).
- Développer de nouveaux services.
- Renforcer la sécurité psychologique au domicile.
- Définir un projet de territoire.
- Développer une politique de logement pour les personnes âgées.

2

Développer la qualité de la vie dans les établissements :

- Cesser la construction et l'agrandissement de grands établissements d'accueil pendant la décennie.
- Introduire de nouvelles règles de financement en distinguant l'hébergement, la prise en charge médicale et le coût de la dépendance.
- Continuer l'effort d'humanisation en l'assortissant de l'obligation d'un projet de qualité de vie en établissement.
- Intégrer l'accueil en établissement dans une politique de territoire.
- Intégrer les établissements dans la vie locale.
- Développer de petites structures jusqu'à quinze personnes, mais adaptées à une conception communautaire, et intégrées à la vie locale.

3

Mettre en œuvre une coordination autour de la personne âgée.

4

Renforcer la formation à la gériatrie.

5

Créer un Conseil gérontologique

qui aura une fonction de conseil, de veille et d'évaluation.

Bilan du premier schéma (1994)

Bilan des actions engagées pour chacune des cinq orientations retenues en 1994 :

1) Donner la priorité à la politique de soutien à domicile.

- *S'assurer de la cohérence des services les uns par rapport aux autres*

Actions réalisées : Mise en place des CLIC – projets de réseau gérontologique.

- *Développer la capacité des SSIAD*

Actions réalisées : Création de trois SSIAD supplémentaires pour une plus grande proximité. Augmentation du nombre de places (311 places autorisées au 1er janvier 1993 – 530 en septembre 2007).

- *Développer de nouveaux services*

Actions réalisées : Création d'accueils de jour, de places en hébergement temporaire, de services de portage de repas, etc.

- *Renforcer la sécurité psychologique au domicile*

Actions réalisées : Actions d'aide aux aidants (groupes de parole, formations...).

- *Définir un projet de territoire*

Actions réalisées : Cf. Sud-ouest mayennais (initiative des acteurs locaux).

- *Développer une politique de logement pour les personnes âgées*

Actions réalisées : Amélioration de l'habitat (cf. Direction départementale de l'équipement – DDE). Logements adaptés à l'initiative des collectivités locales.

2) Développer la qualité de la vie dans les établissements.

- *Cesser la construction et l'agrandissement de grands établissements d'accueil pendant la décennie*

Actions réalisées : Application stricte, sauf pour l'agglomération lavalloise où il y avait des besoins spécifiques.

- *Introduire de nouvelles règles de financement en distinguant l'hébergement, la prise en charge médicale et le coût de la dépendance*

Actions réalisées : Mise en œuvre par la loi (réforme de la tarification).

- *Continuer l'effort d'humanisation en l'assortissant de l'obligation d'un projet de qualité de vie en établissement*

Actions réalisées : Poursuite effective des travaux d'humanisation. Travaux de mise aux normes (adaptation aux réglementations). Conventions tripartites.

- *Intégrer l'accueil en établissement dans une politique de territoire*

Actions réalisées : Mise en place des CLIC.

- *Intégrer les établissements dans la vie locale*

Actions réalisées : Initiatives locales à recenser.

- *Développer de petites structures jusqu'à quinze personnes, mieux adaptées à une conception communautaire, et intégrées à la vie locale*

Actions réalisées : Trois MARPA en Mayenne (entre autres).

3) Mettre en œuvre une coordination autour de la personne âgée.

Actions réalisées : Mise en place des CLIC (à terme, de réseaux gérontologiques ?).

4) Renforcer la formation à la gériatrie.

Actions réalisées : Mobilisation, par les services d'aide à domicile, du Fonds de modernisation de l'aide à domicile (FMAD), puis de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), actions d'aide aux aidants, augmentation du nombre de gériatres en Mayenne.

5) Créer un Conseil gérontologique (fonction de conseil, de veille et d'évaluation).

Ce Conseil gérontologique (différent du CODERPA) n'a pas été créé.



Synthèse qualitative :

1

La démarche mise en œuvre pour la réalisation du premier schéma avait permis la rencontre de tous les acteurs gérontologiques d'un même territoire. Cette concertation les avait amenés à mieux se connaître et à mettre en place des projets en commun. Elle a notamment facilité la mise en place des premières « coordinations », en amont des CLIC (cf. expérimentation lancée dans le Bas-Maine Angevin).

2

Un atelier avait fonctionné sur le thème de la prévention, mais sans que cela n'aboutisse à des orientations spécifiques. La prévention était quelque peu « oubliée » dans le premier schéma, mais la phase préliminaire avait permis une sensibilisation. Ainsi, de nombreux acteurs gérontologiques ont impulsé des actions.

3

Le premier schéma définit de grandes orientations et des objectifs opérationnels, mais sans véritablement un programme d'actions, ce qui a pu amener certains acteurs à émettre des réserves sur l'efficacité du schéma.

4

En particulier l'axe 2 sur les établissements a constitué un outil de référence sur lequel le Conseil général s'est appuyé pour éviter un développement anarchique de nouveaux établissements, ainsi que pour créer, a contrario, des places dans le territoire du pays de Laval qui était sous-équipé.

5

Globalement, les objectifs fixés sont atteints, notamment du fait d'une bonne réactivité du Conseil général et de l'État aux nouvelles dispositions législatives ou réglementaires (conventions tripartites, PSD/APA, CLIC...) et, plus généralement, d'une bonne réactivité des acteurs locaux aux opportunités offertes (ex. FMAD, CNSA, Dispositif local d'accompagnement – DLA).

6

Si un reproche devait être adressé au Conseil général, ce serait peut-être celui de ne pas avoir suffisamment communiqué sur les actions réalisées, sur les masses financières engagées, sur les effets produits. Et on pourrait formuler le même constat en direction de l'État qui, pourtant, a consacré d'importants crédits à la prise en charge des personnes âgées tant au domicile qu'en établissement.

Présentation de la démarche mise en œuvre

PARTIE III

Comité de pilotage

Un comité de pilotage s'est mis en place pour accompagner la démarche. Présidé par Gilbert Dutertre, vice-président du Conseil général, il était composé de :

- Michel Agaesse, expert.
- Claude Boiteux, Conseiller général.
- Ségolène Chappellon, directrice départementale des actions sanitaires et sociales.
- Claudine Choynet, directrice aux personnes âgées et aux personnes handicapées au Conseil général.
- Paul Choynet, directeur d'établissement.
- Nicole Gibon, responsable d'un service d'aide à domicile
- Serge Huteau, contrôleur de gestion des services du Conseil général.
- Marie-Cécile Morice, Conseillère générale.
- Michel Pawlowski, directeur de la solidarité et de la cohésion sociale au Conseil général.
- Nicole Peu, Conseillère générale.
- Marc Reybaud, membre du CODERPA.
- Dr Claude Touzard, médecin gériatre.

Le comité de pilotage s'est réuni six fois : les 23 avril, 4 et 28 juin, 13 septembre, 5 et 9 octobre 2007.

Groupes de travail

La première phase de la démarche s'est déroulée des 10 au 29 mai 2007. Quatre groupes de travail ont fonctionné, avec, pour chacun, trois ou quatre réunions (au total treize réunions).

1) Le soutien à domicile.

- **Référents** : Claude Boiteux et Nicole Gibon.

- **Thématiques** :

- *Les services d'aide à domicile (management des services, formation, développement de l'offre, mise en œuvre de l'APA...).*
- *L'emploi direct (cadre d'exercice de l'activité, contrôle).*
- *Les services infirmiers à domicile.*
- *Les services divers (portage de repas, télé-alarme, transports...).*
- *L'aide aux aidants.*

2) Les établissements d'hébergement.

- **Référentes** : Marie-Cécile Morice et Nicole Peu.

- **Thématiques** :

- *L'implantation territoriale des établissements. Nombre et répartition des places.*
- *Les travaux de modernisation et/ou de mise aux normes.*
- *La mise en œuvre des conventions tripartites ; la qualité de vie, d'animation et de soins.*
- *Le fonctionnement au quotidien.*
- *La prise en charge des malades d'Alzheimer (polyvalence/spécialisation).*
- *La prise en charge des personnes handicapées vieillissantes.*
- *La mobilisation des ressources bénévoles.*
- *Le coût des séjours.*
- *Les structures privées et les petites structures.*





3) Les articulations domicile/établissement, la coordination et les réponses alternatives.

- **Référents** : Gilbert Dutertre et Paul Choynet.

- **Thématiques** :

- Les CLIC.
- Les articulations CLIC / réseau gérontologique.
- Les réponses alternatives (accueil de jour et/ ou de nuit, hébergement temporaire, familles d'accueil, etc.).
- La préparation de l'entrée en établissement.
- La démographie des professionnels de santé.

4) La prévention, la recherche et les innovations.

- **Référente** : Dr Claude Touzard.

- **Thématiques** :

- Maltraitance/bientraitance.
- Mémoire.
- Alimentation/nutrition.
- Chutes.
- Accessibilité des lieux publics et de l'habitat, adaptation de l'habitat.
- Sécurité routière.
- Intergénération, isolement et vie sociale.

Les rencontres ont réuni de huit à trente participants (dix-neuf en moyenne). Au total, 86 participants différents. La moitié ont participé à au moins trois réunions.

Se sont plus particulièrement impliqués :

- le Conseil général (59 participations à une réunion),
- les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), hors hôpitaux (42),
- le centre hospitalier du Nord-Mayenne (19),
- le centre communal d'action sociale (CCAS) de Laval (17),
- les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) (16),
- les CLIC (16),
- le CCAS de Château-Gontier (12),
- la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS) de la Mayenne (12),
- l'hôpital local d'Ernée (8).

Les groupes de travail ont permis de dégager les orientations et objectifs suivants :

Orientations générales :

- Veiller, sur l'ensemble du territoire mayennais, à une égalité des chances dans l'accès des personnes âgées aux aides, services ou établissements.
- Permettre aux personnes âgées d'exercer un droit au choix.
- Favoriser le soutien à domicile.
- Renforcer les CLIC et les hôpitaux dans leur rôle de lieux-ressources.
- Encourager les interventions d'aide à domicile en service prestataire pour garantir une continuité de service et une certaine qualité des interventions (fonction d'interface des services) ; également pour contribuer à la professionnalisation des aides à domicile.

Actions transversales :

- Développer la coopération entre partenaires :
 - Créer une instance technique départementale, réunissant des représentants de tous les services concernés, pour définir des modes de coopération ensuite proposés aux acteurs de chaque territoire.
 - Contribuer à développer la coopération entre l'ensemble des acteurs gérontologiques. Clarifier les rôles et fonctions de chacun et les diverses articulations.
- Informer/communiquer sur l'offre existante (en direction des professionnels et du grand public).
- Repérer/encourager les actions innovantes, les évaluer et assurer une diffusion pour une capitalisation des initiatives et une mutualisation des outils créés.
- Encourager le bénévolat, tant au domicile qu'en établissement, pour permettre plus de lien social.
- Assurer une veille par rapport à la maltraitance et promouvoir la bientraitance.
- Former les acteurs gérontologiques, si possible dans une logique de décroisement des statuts et des services.

Présentation de la démarche mise en œuvre

Soutien à domicile :

- Développer la qualité dans les services d'aide à domicile.
- Augmenter la capacité des SSIAD et développer la qualité.
- Assurer une continuité de services, en particulier le soir, la nuit, le week-end, dans l'urgence.
- Optimiser le dispositif de l'APA.
- Formuler des préconisations pour les services de portage de repas.
- Améliorer la prise en charge des personnes désorientées vivant à leur domicile.
 - Créer des accueils de jour pour couvrir le département.
 - Développer des services d'aide aux aidants.
 - Former les professionnels qui interviennent au domicile.
 - Renforcer les coopérations avec les centres médico-psychologiques (CMP).
- Développer l'hébergement temporaire comme solution alternative.
- Définir une stratégie pour mettre en place un réseau de familles d'accueil.

Établissements :

- Déterminer l'offre nécessaire, à terme, au regard des perspectives d'évolution tant sur le plan démographique que sur le plan de la dépendance.
- Poursuivre les travaux de rénovation et/ou de mise aux normes.
- Mutualiser les services sur un même territoire.
- Conseiller les élus locaux sur les résidences-services.
- Faire en sorte que les établissements proposent un service de qualité.
- Améliorer la prise en charge des personnes atteintes de troubles cognitifs et psycho-comportementaux.
- Explorer la problématique du vieillissement des personnes handicapées.

Prévention :

- Sensibiliser et former le grand public à la connaissance du vieillissement et à la compréhension, à l'acceptation des évolutions physiologiques et/ou neurologiques.

- Développer des actions d'animation en direction des personnes âgées ne relevant pas des accueils de jour.
- Faciliter la mobilité des personnes âgées.
- Mettre en place des actions visant la sécurité routière.
- Faciliter l'amélioration de l'habitat – sensibiliser aux enjeux de l'accessibilité lors des travaux de construction ou de rénovation – conseiller les collectivités locales qui souhaitent créer des logements adaptés regroupés.
- Systématiser les actions de prévention en lien avec les évolutions physiologiques et/ou neurologiques (chutes, mémoire, alimentation...).

Réunions territorialisées

Déroulement (sur deux heures) et objectifs des réunions territorialisées :

- 1) Présentation de la démarche et des préconisations qui sont ressorties des quatre groupes de travail ; rapide approche démographique avec projections de population.
- 2) Travail en ateliers d'une dizaine de participants sur les constats relatifs aux personnes âgées dans le territoire, sur les difficultés rencontrées par celles-ci, les aidants naturels, les services, les établissements.
- 3) Restitution des ateliers et conclusion.

Date	Commune	Nombre de participants ^(*)
18 juin 2007	Ernée	47
19 juin 2007	Laval	29
22 juin 2007	Château-Gontier	19
26 juin 2007	Evron	21
27 juin 2007	Meslay-de-Maine	30
28 juin 2007	La Rouaudière	37
29 juin 2007	Loiron	16
2 juillet 2007	Mayenne	21
3 juillet 2007	Villaines-la-Juhel	32
TOTAL		252

^(*) Hors techniciens du Conseil général et du CEAS. Moyenne/réunion : 28

On constate une plus forte participation dans des territoires qui ont une longue expérience de travail en partenariat (cf. réunions à Ernée, La Rouaudière...).

Points positifs :

- Implication des Conseillers généraux (20 y ont participé).
- Large concertation sur la politique gérontologique départementale avec, notamment, participation de nombreux élus de petites communes rurales, de responsables locaux ADMR, de Clubs des Aînés ruraux... Participation d'acteurs gérontologiques qui avaient été absents – pour des raisons diverses – des quatre groupes de travail : la Mutualité sociale agricole, France-Alzheimer, Mutualité Anjou-Mayenne, des professionnels libéraux.
- Rencontre d'acteurs locaux ne se connaissant pas forcément.
- Priorité aux échanges et à l'information ascendante, mais également occasion d'apporter des informations sur des points précis, de rectifier des informations erronées...
- Information ascendante permettant d'enrichir les problématiques, de mieux mesurer les spécificités territoriales, de découvrir des stratégies d'acteurs...

Réserves :

- Très peu de professionnels «de terrain» (aides à domicile, aides-soignants...).
- Très peu de médecins généralistes.
- Horaires serrés qui n'ont pas permis un temps d'échange sur les restitutions de chaque atelier (certains points auraient mérité un développement, parfois un «recadrage»).



Éléments de contenu :

- Offre en direction des personnes âgées très complexe, peu lisible.
- Difficultés pour faire accepter la prise en charge financière des services à domicile (problème plus culturel, plus d'ordre psychologique que directement budgétaire).
- Satisfaction, globalement, par rapport aux réponses mises en œuvre par les services d'aide à domicile (associations/centres communaux d'action sociale).
- Déficit de places en SSIAD : évoqué dans pratiquement tous les ateliers et par divers acteurs (élus locaux, responsables de services d'aide à domicile...).
- Augmentation importante du nombre de personnes ayant des troubles cognitifs et psycho-comportementaux et épuisement des conjoints (forte demande d'aide).
- Clarifications nécessaires et élaboration de protocoles concernant les toilettes, la prise de médicaments, la maltraitance, les limites du domicile (enjeu du comité technique gérontologique).
- Transports en milieu rural à évaluer dans leur capacité à répondre aux besoins spécifiques des personnes âgées.
- Discours assez critiques, d'une part sur la gestion des urgences, d'autre part sur les sorties d'hôpital (à nuancer selon les établissements).
- Pression à l'entrée en établissement : inégale selon les territoires (et les déclarations mêmes des établissements : tendance à accentuer les problèmes pour obtenir des créations de places ?).
- Image très négative des établissements dans le grand public (dont les personnes âgées elles-mêmes).
- Accentuation de la dépendance en établissement, sans nécessairement de moyens supplémentaires pour y faire face.
- Difficultés à recruter du personnel soignant en établissement (infirmiers principalement).
- Importance de la formation des personnels d'intervention (domicile/établissements) et de l'évaluation de la qualité d'intervention (ce qui implique de définir des critères).
- Démarchage des élus par des promoteurs privés pour construire des établissements (attente d'orientations par le Conseil général).

Grandes orientations du schéma

PARTIE IV

Prenant en compte la synthèse des groupes de travail, ainsi que les enseignements des réunions territorialisées, le Comité de pilotage a proposé les grandes orientations suivantes.

Orientations de fond et/ou prioritaires

- Veiller, sur l'ensemble du territoire mayennais, à une égalité des chances dans l'accès des personnes âgées aux aides, services ou établissements.
- Permettre aux personnes âgées d'exercer un droit au choix.
- Favoriser le soutien à domicile.
- Améliorer la prise en charge des personnes atteintes de troubles cognitifs et psycho-comportementaux, tant au domicile qu'en établissement.

Actions transversales

- Développer la coopération entre partenaires.
- Articuler la politique gérontologique sur la base territoriale des CLIC.
- Informer/communiquer sur l'offre existante.
- Repérer/encourager les actions innovantes, les évaluer et assurer une diffusion.
- Encourager le bénévolat, tant au domicile qu'en établissement.
- Assurer une veille par rapport à la maltraitance et promouvoir la bientraitance.
- Former les acteurs gérontologiques, si possible dans une logique de décroisement des statuts et des services.
- Rechercher et mobiliser des sources de financement externes.

Prise en charge des personnes atteintes de troubles cognitifs et psycho-comportementaux

- Améliorer la prise en charge des personnes désorientées vivant à leur domicile.
- Améliorer la prise en charge en établissement des personnes atteintes de troubles cognitifs et psycho-comportementaux.

Soutien à domicile

- Renforcer les CLIC dans leur rôle de lieu-ressources.
- Encourager les interventions d'aide à domicile en service prestataire.
- Développer la qualité dans les services d'aide à domicile dans le respect de la diversité de l'offre.
- Augmenter la capacité des SSIAD et développer la qualité.
- Optimiser le dispositif de l'APA.
- Formuler des préconisations pour les services de portage de repas.
- Développer l'hébergement temporaire comme solution alternative.
- Définir une stratégie pour mettre en place un réseau de familles d'accueil.



Établissements

- Déterminer l'offre nécessaire, à terme, au regard des perspectives d'évolution tant sur le plan démographique que sur le plan de la dépendance.
- Favoriser les opérations de rénovation et de restructuration.
- Favoriser le rapprochement des établissements par des mutualisations ou des fusions
- Faire en sorte que les établissements proposent un service de qualité.
- Conseiller les élus locaux sur les résidences-services.
- Explorer la problématique du vieillissement des personnes handicapées.

Prévention

- Sensibiliser et former le grand public à la connaissance du vieillissement et à la compréhension, à l'acceptation des évolutions physiologiques et/ou neurologiques.
- Développer des actions d'animation en direction des personnes âgées ne relevant pas des accueils de jour.
- Faciliter la mobilité des personnes âgées.
- Mettre en place des actions visant la sécurité routière.
- Faciliter l'amélioration de l'habitat – sensibiliser aux enjeux de l'accessibilité lors des travaux de construction ou de rénovation – conseiller les collectivités locales qui souhaitent créer des logements adaptés regroupés.
- Développer les actions de prévention en lien avec les évolutions physiologiques et/ou neurologiques (chutes, mémoire, alimentation...).

Suivi et évaluation du schéma

- Assurer un suivi de la mise en œuvre du schéma et évaluer les actions.

Fiches-Action

Orientations de fond et/ou prioritaires	p. 22
1 - Actions transversales	p. 23
2 - Prise en charge des personnes atteintes de troubles cognitifs et psycho-comportementaux	p. 39
3 - Soutien à domicile	p. 47
4 - Etablissements	p. 79
5 - Prévention	p. 97
6 - Suivi et évaluation du schéma	p. 107



Orientations de fond et/ou prioritaires

Dans la phase d'élaboration du schéma gérontologique départemental, le comité de pilotage a affirmé quatre orientations de fond et/ou prioritaires, renvoyant à des convictions fortes, avec lesquelles les actions transversales ou les actions plus spécifiques sont en cohérence.

1) Veiller, sur l'ensemble du territoire mayennais, à une égalité des chances dans l'accès des personnes âgées aux aides, services ou établissements.

Quels que soient ses revenus, son lieu de résidence (le cas échéant en zone isolée)..., la personne âgée doit pouvoir bénéficier des mêmes possibilités d'accéder à une offre de proximité et de qualité.

2) Permettre aux personnes âgées d'exercer un droit au choix.

Le respect de l'autonomie des personnes âgées est un principe que seuls des risques pour leur santé ou leur sécurité, évalués collégialement, sauraient limiter. Cependant, le respect de l'autonomie suppose qu'on présente à la personne âgée, réellement et objectivement, le choix entre au moins deux solutions possibles. Cette orientation suppose une diversification de l'offre.

3) Favoriser le soutien à domicile.

En cohérence avec le droit au choix du lieu de vie, dans la limite de leur sécurité, il s'agit ici de permettre aux personnes âgées de vivre chez elles, si elles le souhaitent, et dans les meilleures conditions possibles.

4) Améliorer la prise en charge des personnes atteintes de troubles cognitifs et psycho-comportementaux, tant au domicile qu'en établissement.

Le premier schéma évoque la dépendance, mais très peu la maladie d'Alzheimer. En une quinzaine d'années, les troubles cognitifs et psycho-comportementaux sont devenus une priorité de santé publique, compte tenu du nombre de personnes concernées et des difficultés de l'aide auprès de celles-ci, tant pour l'entourage que pour les professionnels. La prise en charge de ces personnes et l'aide aux aidants est une priorité dans ce schéma.

Actions transversales

1

- Fiche-action 1.1 :** Développer la coopération entre partenaires p. 27
- Fiche-action 1.2 :** Articuler la politique gérontologique sur la base territoriale des CLIC p. 28
- Fiche-action 1.3 :** Informer et communiquer sur l'offre existante p. 32
- Fiche-action 1.4 :** Repérer et encourager les actions innovantes, les évaluer et assurer une diffusion p. 33
- Fiche-action 1.5 :** Encourager le bénévolat, tant au domicile qu'en établissement p. 34
- Fiche-action 1.6 :** Assurer une veille par rapport à la maltraitance et promouvoir la bientraitance p. 35
- Fiche-action 1.7 :** Former les acteurs gérontologiques, si possible dans une logique de décloisonnement des statuts et des services p. 36
- Fiche-action 1.8 :** Rechercher et mobiliser des sources de financement externes . p. 37



1) Développer la coopération entre partenaires.

Les réunions de travail ont rappelé, si besoin était, tout l'intérêt des déclassements et du travail en partenariat. Dans leur territoire respectif, les CLIC contribuent largement à la mise en œuvre de cet objectif.

Cependant, les réunions de travail ont abouti à la conclusion que les mêmes problématiques se posent très souvent en différents territoires ; de ce fait, les mêmes réflexions sont conduites à plusieurs reprises, aboutissant généralement aux mêmes conclusions. Certes, de telles démarches facilitent l'appropriation, mais elles impliquent beaucoup d'énergie et de temps, en particulier pour les actions qui interviennent sur l'ensemble du département.

D'où l'idée d'un comité technique gérontologique, à l'échelon départemental, qui serait chargé d'explorer une problématique (mise en commun de réflexions, visites d'expériences, expérimentations...), d'aboutir à un consensus, de diffuser des conclusions, d'évaluer la mise en œuvre des préconisations. Entre autres, ce comité technique peut s'intéresser aux limites de compétences et aux partenariats possibles.

2) Articuler la politique gérontologique sur la base territoriale des CLIC.

Le schéma privilégie les réponses de proximité. Il vise à ce que les personnes âgées puissent trouver des réponses au plus près de leur territoire de vie. Dès lors, le CLIC, par sa couverture complète et homogène du département, par également sa fonction d'animation des politiques gérontologiques, constitue l'outil autour duquel s'organisent et s'articulent le plus possible de services de proximité.

Pour une plus grande cohérence et une plus grande lisibilité des services, un souci d'efficacité tend à ce que ces services aient chacun une zone de couverture en cohérence avec le découpage des CLIC.

3) Informer et communiquer sur l'offre existante.

Les CLIC remplissent leur fonction d'information sur l'offre existante, tant auprès des personnes âgées et de leur famille que des professionnels. Cependant, la très grande diversité et la complexité de l'offre entraînent son manque de lisibilité en particulier dans une lecture qualitative.

On manque, notamment, d'outils recensant l'ensemble de l'offre, et également de vecteurs pour une large diffusion. Ces outils peuvent exister, mais dans une présentation incomplète, dans une perspective commerciale (cf. maisons de retraite), rendant insuffisamment compte de la qualité développée. On pourrait ainsi imaginer que le site internet du Conseil général présente les aides, services et établissements spécifiques aux personnes âgées.

En outre, **les CLIC ont besoin de supports performants présentant l'offre de proximité.** Il paraît assez logique de rechercher une présentation type pour l'ensemble des CLIC, ce qui peut impliquer le recours à un professionnel.

4) Repérer et encourager les actions innovantes, les évaluer et assurer une diffusion.

Que ce soit les hommes ou les femmes les plus expérimentés, ou les plus jeunes qui arrivent avec des idées nouvelles, **les acteurs gérontologiques du département sont nombreux à lancer des actions innovantes en réponse à des problématiques pour lesquelles les solutions ne sont pas standardisées.** Par excès d'humilité ou par manque de temps, les acteurs gérontologiques ont rarement le réflexe de diffuser les résultats de leurs expérimentations.

Dans tous les cas, pour une capitalisation des initiatives, une mutualisation de certains outils, l'idéal serait de disposer d'un dispositif de repérage des actions innovantes, d'évaluation externe pour une certaine distanciation et une mise en perspective, enfin, de diffusion, ce que les technologies de l'information et de la communication doivent faciliter.

Dans un premier temps, une telle démarche peut viser la valorisation des actions innovantes réalisées en Mayenne, mais dans un second temps, on pourrait aussi imaginer un intérêt pour d'autres actions réalisées en France, voire à l'étranger.

Bien entendu, il ne s'agit pas de modéliser les réponses mises en œuvre ailleurs, mais bien de s'en inspirer en les adaptant au contexte local.

Si cette démarche peut démarrer en ayant pour objectif de présenter des actions innovantes par écrit, il serait également possible d'organiser, toujours dans un second temps, des visites de découverte et/ou de rencontre, voire des voyages d'étude.

5) Encourager le bénévolat, tant au domicile qu'en établissement.

En 2006, la Société de gérontologie de la Mayenne a consacré sa journée d'étude au thème des bénévoles dans les établissements. La question se pose pour les membres de la famille, mais aussi pour des personnes susceptibles d'apporter une aide en réponse à des besoins plus ou moins spécifiques : écoute et échanges avec la personne âgée, animation d'activités, accompagnement en fin de vie...

Ces interventions bénévoles supposent, d'une part, d'engager une réflexion avec le personnel pour que celles-ci soient comprises, facilitées, encouragées ; d'autre part, de «contractualiser» avec les bénévoles pour fixer les limites de leur intervention.

Les besoins en ressources humaines des établissements apparaissent très importants, en Mayenne mais plus généralement dans toute la France, au regard de l'accentuation de la dépendance des personnes accueillies et au regard de la situation française par rapport à certains pays étrangers. Il serait illusoire d'espérer obtenir, du jour au lendemain, les crédits nécessaires pour rattraper le manque de personnel (encore faudrait-il pouvoir disposer des ressources sur le marché de l'emploi). Dès lors, le recours au bénévolat apparaît comme une quasi-nécessité. Bien entendu, il ne saurait masquer le manque d'agents ou de soignants dans les établissements.

Au domicile, notamment pour des raisons financières, les services d'aide à domicile peuvent difficilement répondre à tous les besoins de la personne âgée. Par exemple, les services interviennent un certain nombre d'heures dans la semaine, mais les journées peuvent paraître très longues à la personne âgée quand, en dehors de l'aide à domicile, elle ne reçoit aucune visite.

Là également, **il convient d'engager une réflexion pour préciser, dans l'idéal, les limites tant des interventions bénévoles que des interventions professionnelles.**

Que ce soit pour une présence, des activités, les courses, le transport de la personne âgée, la question se pose de ce qui relève d'une aide à domicile et de ce qu'on peut attendre de bénévoles, mais dans quel cadre, à quelles conditions ? Et y a-t-il réellement des personnes volontaires prêtes à s'engager ainsi bénévolement auprès des personnes âgées ? Le cas échéant, comment encourager et reconnaître ce bénévolat ? Autant de questions qui se posent tant au domicile qu'en établissement.



6) Assurer une veille par rapport à la maltraitance et promouvoir la bientraitance.

Les CLIC ont engagé une réflexion sur le thème de la maltraitance. La question se pose, là également, tant au domicile qu'en établissement.

La mise en œuvre de projet de service, la mise en place d'un conseil de la vie sociale, la formation du personnel, la vie en collectivité constituent des garanties au sein des établissements, lesquelles, cependant, ne sont pas absolues et n'empêchent aucunement une fonction de veille et de contrôle.

Le problème est plus aigu au domicile dans la mesure où le contrôle social s'exerce plus difficilement dans les ménages qu'au sein des collectivités, et que les intervenants, tous n'étant pas obligatoirement formés et qualifiés, sont souvent seuls dans leur relation avec la personne âgée. Bien entendu, ces intervenants peuvent être tout autant des aidants familiaux, des voisins, que des professionnels d'un service ou recrutés en emploi direct. Les diverses mesures envisagées pour la prise en charge des personnes atteintes de troubles cognitifs et psycho-comportementaux vont dans le sens d'une prévention de la maltraitance (accueil de jour, hébergement temporaire, groupes de parole, etc.).

La sensibilisation et la formation constituent des priorités, mais qui ne régleront pas tous les risques potentiels dans la mesure où il est difficilement envisageable de l'imposer à tous les aidants, bénévoles ou salariés.

Un groupe de travail a surtout insisté sur la nécessité de clarifier les actions à mettre en œuvre en cas de suspicion ou de constat effectif de maltraitance. On peut faire facilement le parallèle avec la petite enfance, mais dans le cas des personnes âgées, on ne peut s'appuyer sur l'obligation de signalement.

Parallèlement à l'action de sensibilisation et d'information que les CLIC ont engagée, la DDASS peut réaliser, au sein des établissements, des contrôles orientés.

7) Former les professionnels, si possible dans une logique de décloisonnement des statuts et des services.

Divers centres de formation, en Mayenne, forment assistants de vie, auxiliaires de vie sociale, aides-soignants, infirmiers... A priori, l'offre de formation initiale répond aux besoins. En outre, les services et établissements mobilisent leurs fonds de formation pour organiser des actions de formation continue, en interne, ou participer à des formations proposées sur catalogue. Les services d'aide à domicile ont également pu bénéficier des crédits du FMAD, puis de la CNSA.

Dans le cadre de sa politique gérontologique territorialisée, le sud-ouest Mayennais a innové en mettant en place des formations décidées collégialement, sur des thématiques transversales. La mise en œuvre est plus complexe, car nécessitant une concertation, mais les résultats sont très positifs car de telles actions de formation permettent la rencontre, dans un territoire, des acteurs gérontologiques ayant des fonctions différentes, intervenant dans divers services : ces actions facilitent la connaissance mutuelle, les décloisonnements, le travail en partenariat.

8) Rechercher et mobiliser des sources de financement externes.

Ce ne sont pas les idées et les projets qui manquent, mais plutôt les moyens pour mettre ceux-ci en œuvre. Les freins peuvent venir d'une méconnaissance des sources de financement possibles (chacun pouvant avoir tendance à conserver pour soi ses sources d'information), ou alors d'une difficulté à constituer un dossier de demande de subvention.

C'est pour répondre au premier obstacle qu'il serait opportun d'aider les porteurs de projet potentiels en créant un répertoire, très pratique, des sources de financement possibles. **Un fonctionnement en réseau doit également permettre de faire circuler rapidement une information** (par exemple, un appel à projets).



Fiche-action

1.1 Développer la coopération entre partenaires

OBJECTIFS

- ▶ Créer un Comité technique gérontologique ayant pour fonction de clarifier les rôles et limites de chaque acteur, de réfléchir aux parcours de prise en charge, d'élaborer des conclusions consensuelles sur des problématiques spécifiques.
- ▶ Produire une réflexion à l'échelle départementale pour éviter d'engager les mêmes démarches dans chaque CLIC et ainsi permettre des gains de temps et d'argent.

MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

- ▶ Composition et modalités de fonctionnement à préciser.
- ▶ Installation et partage des responsabilités pour un fonctionnement qui soit, pour les participants, à la fois léger mais néanmoins productif et utile.

PORTEURS DU PROJET

- ▶ Conseil général – Direction de la solidarité et de la cohésion sociale, en partenariat avec un ou plusieurs acteurs gérontologiques particulièrement motivés par ce projet.

BUDGET

- ▶ Fonctionnement courant.

INDICATEURS D'ÉVALUATION

- ▶ Nombre de participants et représentativité.
- ▶ Nombre de réunions de travail.
- ▶ Production effective.

CALENDRIER

- ▶ **Début 2008**
mise en place
- ▶ **2008 à 2012**
fonctionnement effectif

Fiche-action

1.2 Articuler la politique gérontologique sur la base territoriale des CLIC

OBJECTIFS

- ▶ Rechercher une plus grande cohérence et une plus grande lisibilité des services en constituant le CLIC comme base territoriale de référence.
- ▶ Rechercher une plus grande efficacité en évitant, notamment, la multiplication des acteurs partenaires pour un même service et donc la multiplication des réunions.

MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

- ▶ Listage des services concernés (*zones d'action sociale, APA, SSIAD, CMP, services d'aide à domicile...*).
- ▶ Repérage des anomalies concernant les territoires d'intervention des différents services.
- ▶ Incitations à s'ajuster sur la base territoriale des CLIC (*ou modifications du territoire des CLIC*).

PORTEURS DU PROJET

- ▶ Conseil général – Direction de la solidarité et de la cohésion sociale, en partenariat avec les CLIC du département.

BUDGET

- ▶ Fonctionnement courant.
- ▶ Mobilisation du DLA si un travail de fond est engagé avec le secteur associatif.

INDICATEURS D'ÉVALUATION

- ▶ Nombre d'anomalies pour lesquelles une mise en cohérence est réalisée.

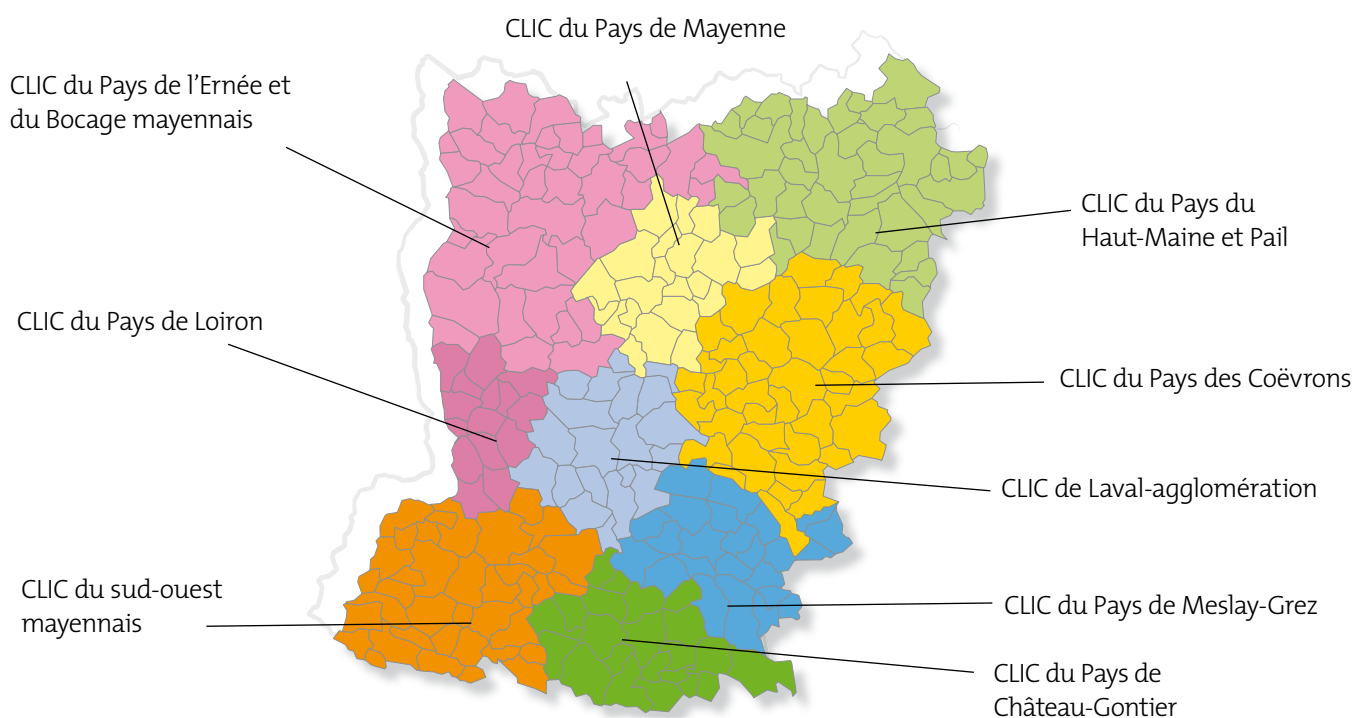
CALENDRIER

▶ 2008 à 2012

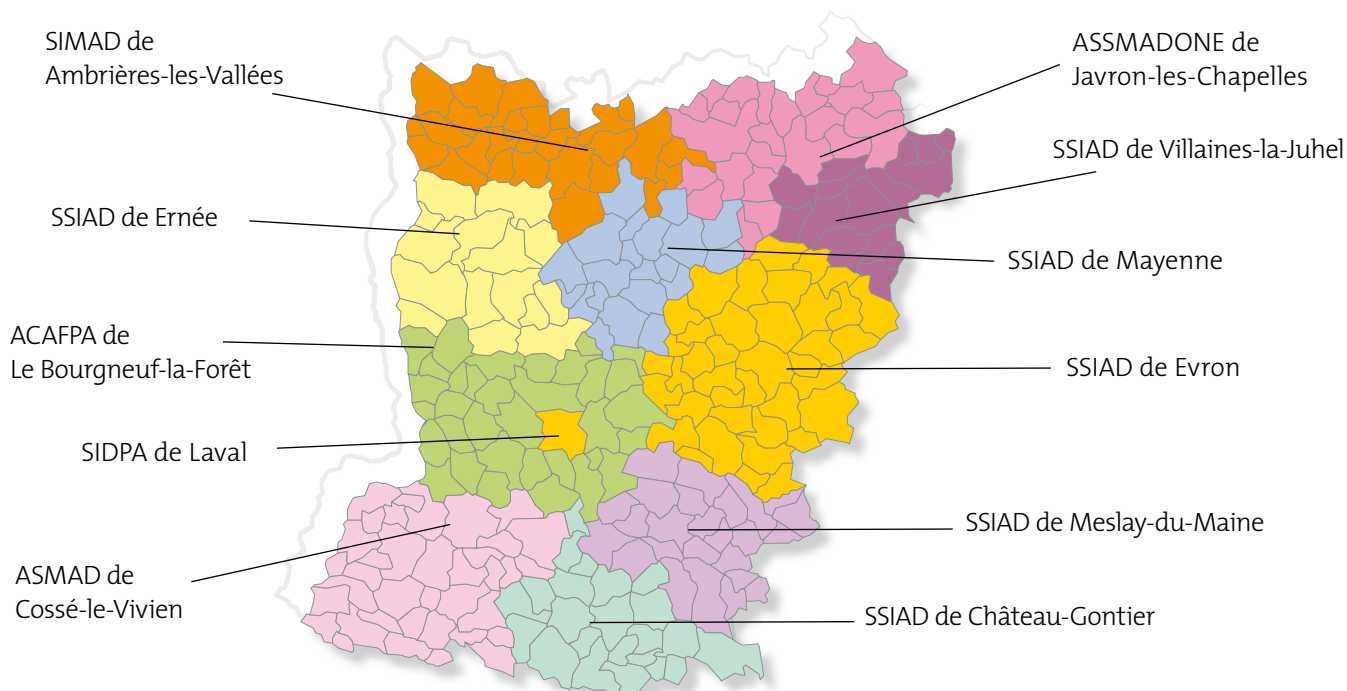
SECTEURS D'INTERVENTION

(mis à jour au 15/12/07)

Centres locaux d'information et de coordination gériatrique (CLIC)



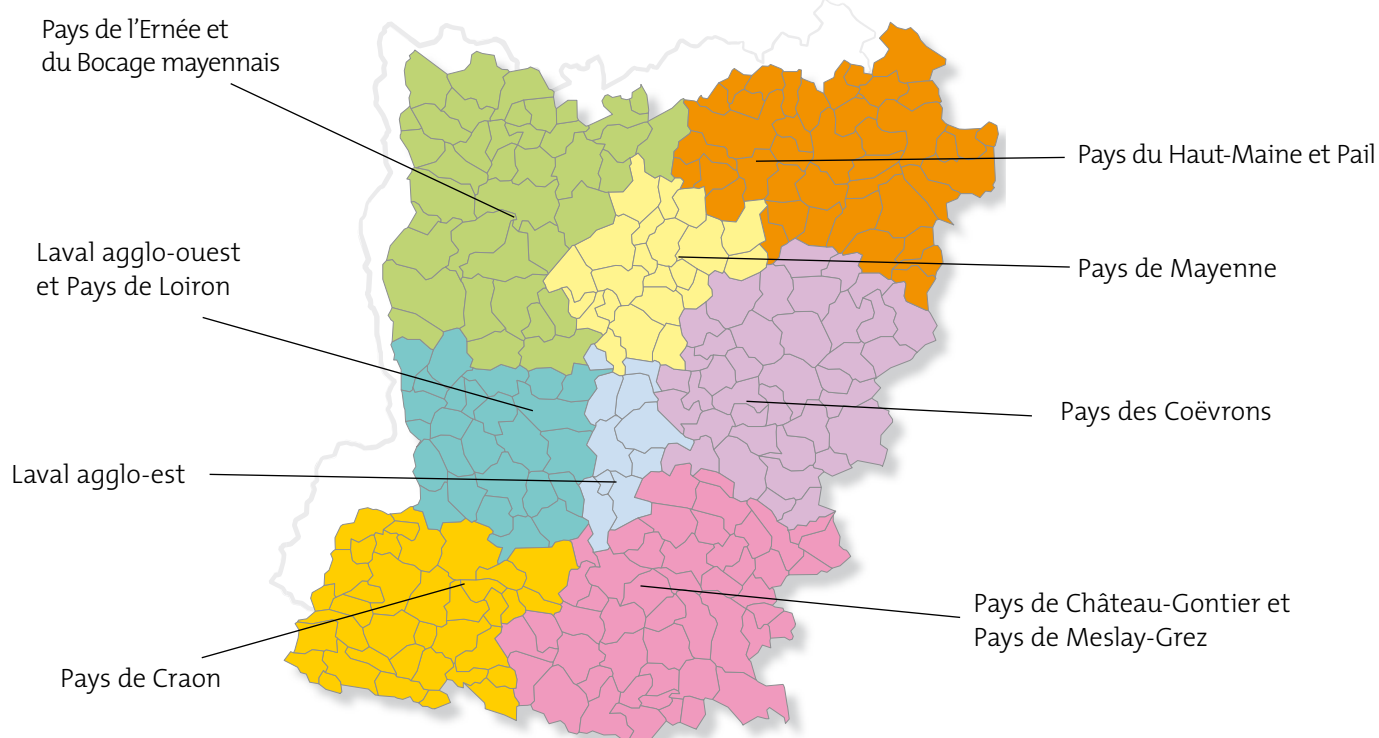
Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)



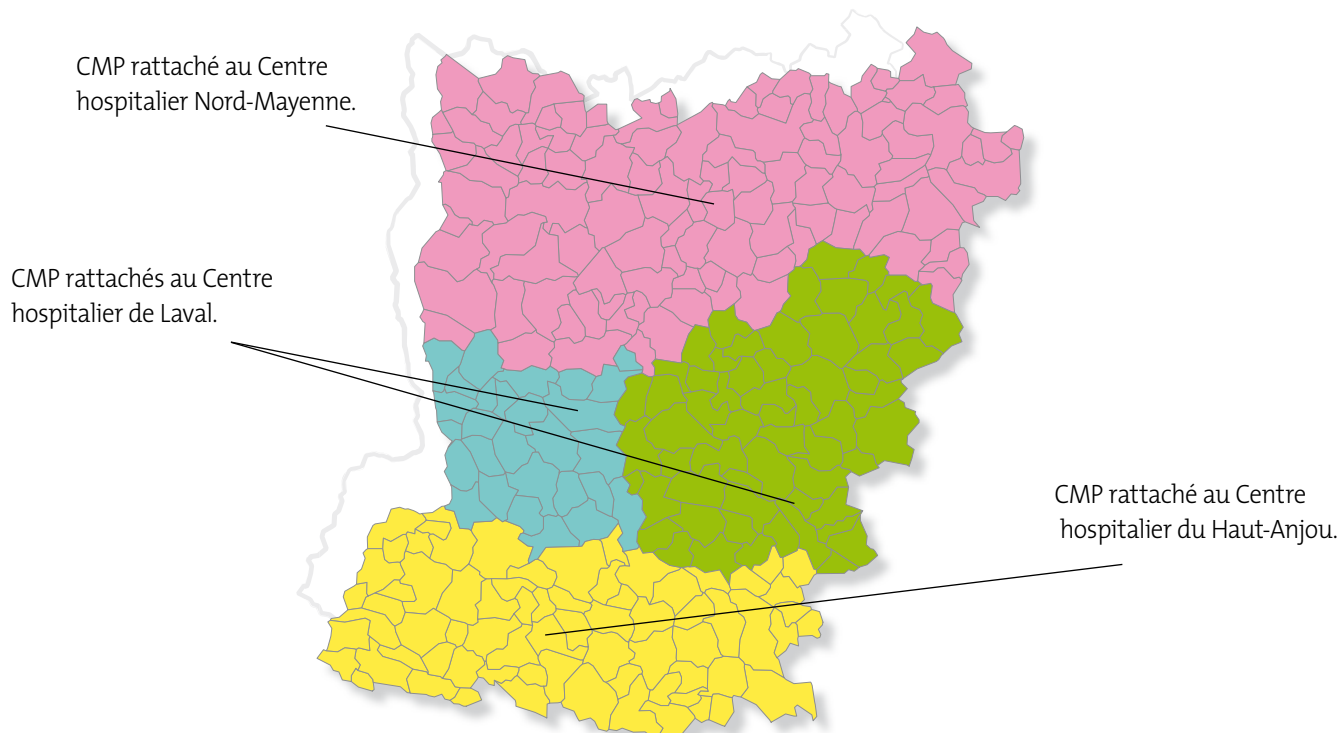
SECTEURS D'INTERVENTION

(mis à jour au 15/12/07)

Zones d'action sociale (ZAS)



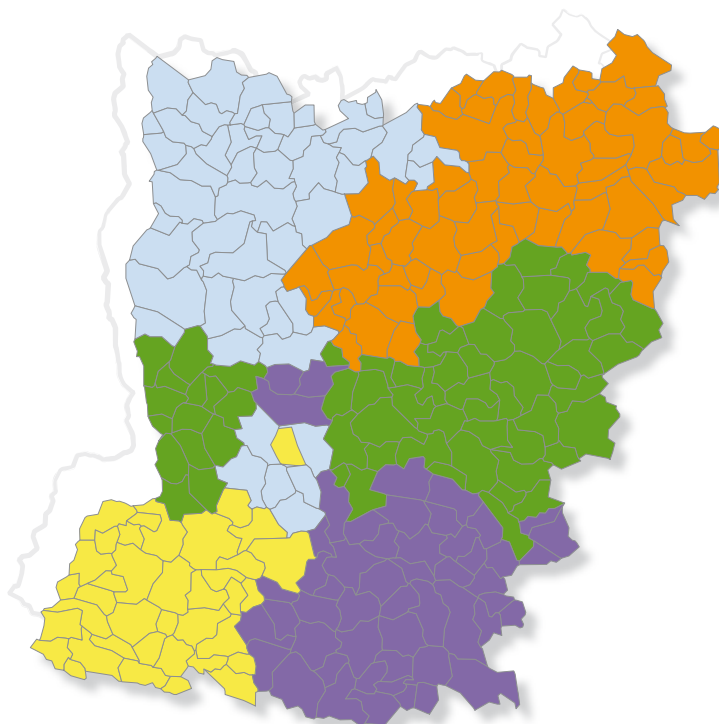
Centres médico-psychologiques (CMP)



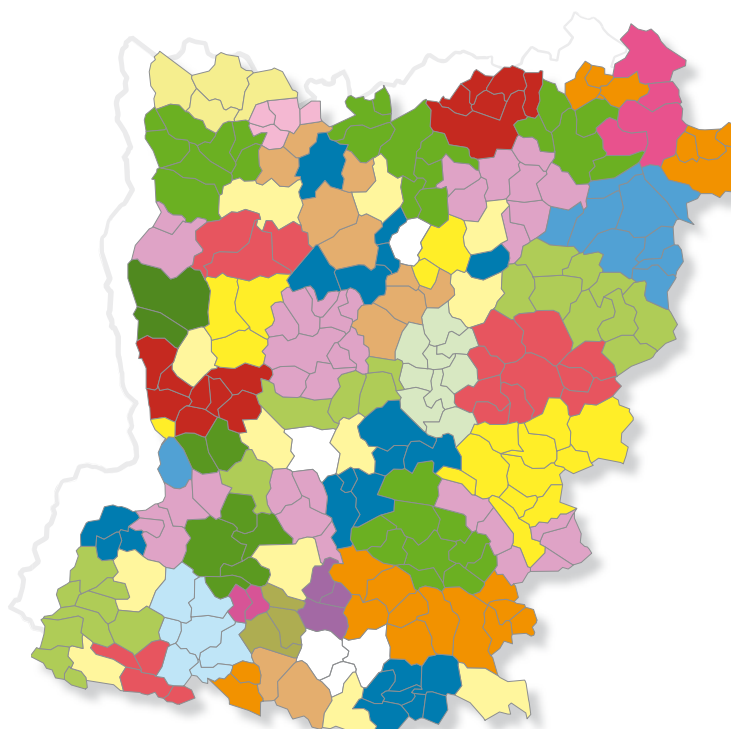
SECTEURS D'INTERVENTION

(mis à jour au 15/12/07)

Evaluateurs de l'APA à domicile



Services d'aide à domicile dépendant de la Fédération ADMR (63 associations)



Fiche-action

1.3 Informer et communiquer sur l'offre existante

OBJECTIFS

- ▶ Offrir aux Mayennais la possibilité d'accéder à un inventaire exhaustif et qualitatif de l'offre existante (*aides, services et établissements*).
- ▶ Concevoir et réaliser des outils à utiliser au niveau des CLIC pour présenter l'offre de proximité (*présentation identique pour l'ensemble du département*).

MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

- ▶ Conception d'une thématique «personnes âgées» sur le site internet du Conseil général.
- ▶ Réactualisation et mise en ligne du répertoire des établissements réalisés à l'initiative du CODERPA en 2004.
- ▶ Élaboration du contenu pour les aides et services, et mise en ligne.
- ▶ Mise en place d'un groupe de travail pour la conception des outils présentant l'offre de proximité.

PORTEURS DU PROJET

- ▶ Conseil général – Direction de la solidarité et de la cohésion sociale + Direction de la communication, en partenariat avec le CEAS de la Mayenne et les CLIC du département.

BUDGET

- ▶ Fonctionnement courant.
- ▶ Mobilisation de partenaires financeurs pour l'édition des outils présentant l'offre de proximité.

INDICATEURS D'ÉVALUATION

- ▶ Création effective d'une thématique «personnes âgées» sur le site internet du Conseil général.
- ▶ Contenu exhaustif et qualitatif (*fin 2008 et 2009*).
- ▶ Nombre de connexions.
- ▶ Réalisation effective des outils présentant l'offre de proximité (*conception, édition, diffusion*).

CALENDRIER

▶ 2008 / 2010

Fiche-action

1.4 Repérer et encourager les actions innovantes, les évaluer et assurer une diffusion

OBJECTIFS

- ▶ Tirer des enseignements des actions innovantes dans la perspective, non pas de les modéliser, mais de les utiliser, le cas échéant, en les adaptant au contexte local.
- ▶ Améliorer la qualité des réponses mises en œuvre tout en réalisant des gains de temps et peut-être d'argent.

MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

- ▶ Démarche de communication pour sensibiliser aux enjeux du présent projet, repérer les acteurs ayant mis en œuvre des actions innovantes ; les inciter à faire connaître leurs initiatives.
- ▶ Travail de présentation de ces expériences, dans une approche informative, sur les plans humain, social, économique, et dans une perspective quelque peu critique.
- ▶ Validation du texte par le porteur du projet et un comité d'experts (*rédaction d'un avis ?*).
- ▶ Diffusion de l'action, notamment sur le site internet du Conseil général, éventuellement en organisant une présentation in situ à destination des acteurs gérontologiques intéressés.
- ▶ Création d'un groupe de diffusion par messagerie électronique sur des actions innovantes à l'extérieur du département (*utilisation possible pour toute information en relation avec la gérontologie*).
- ▶ Repérage des actions innovantes à l'extérieur du département, diffusion de l'information, éventuellement organisation d'une journée ou d'un voyage d'étude (*premier semestre de chaque année, éventuellement en articulation avec le thème de la journée d'étude de la Société de gérontologie*).

PORTEURS DU PROJET

- ▶ Conseil général – Direction de la solidarité et de la cohésion sociale et Direction de la communication, en partenariat avec le CEAS de la Mayenne, la Société de gérontologie, les acteurs gérontologiques du département.

BUDGET

- ▶ Fonctionnement courant.
- ▶ Pour les journées ou voyages d'étude, recherche de financement (*fonds de formation ?*).

INDICATEURS D'ÉVALUATION

- ▶ Nombre d'actions innovantes diffusées par année.
- ▶ Circulation effective d'informations concernant des actions innovantes à l'extérieur du département.
- ▶ Organisation effective, chaque année, d'une journée ou d'un voyage d'étude à l'extérieur du département. Nombre de participants.

CALENDRIER

▶ 2008 à 2012

Fiche-action

1.5 Encourager le bénévolat, tant au domicile qu'en établissement

OBJECTIFS

- ▶ Approfondir la réflexion engagée par la Société de gérontologie.
- ▶ Mettre en place une expérimentation sur un ou plusieurs établissements volontaires, et sur un territoire, plus spécifiquement concernant le domicile.

MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

- ▶ Définir le cadre de l'expérimentation.
- ▶ Solliciter les établissements et les CLIC pour participer volontairement à l'expérimentation. Sélectionner, le cas échéant, les candidats.
- ▶ Rechercher des financements pour prendre en charge l'animation de la démarche, ainsi que le coût de la formation des bénévoles.

PORTEURS DU PROJET

- ▶ Conseil général – Direction de la solidarité et de la cohésion sociale, en partenariat avec la Société de gérontologie, le ou les établissements, ainsi que le CLIC volontaire.

BUDGET

- ▶ Recherche de financements externes.

INDICATEURS D'ÉVALUATION

- ▶ Nombre d'expérimentations réalisées (*établissements + CLIC*).
- ▶ Nombre de bénévoles impliqués.
- ▶ Impact au niveau des personnes âgées, des professionnels, des bénévoles eux-mêmes.

CALENDRIER

▶ de 2008

lancement de l'expérimentation,
dont la recherche de financements

▶ à 2012

évaluation finale

Fiche-action

1.6 Assurer une veille par rapport à la maltraitance et promouvoir la bientraitance

OBJECTIFS

- ▶ En amont d'actions de sensibilisation ou de formation, de veille et de contrôle, clarifier les concepts et établir des règles sur la conduite à tenir en cas de suspicion ou de constat de maltraitance.
- ▶ Donner des repères aux acteurs gérontologiques du département.

MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

- ▶ Travail de réflexion à engager par le Comité technique gérontologique (*cf. fiche-action n° 1.1*).
- ▶ Prise en compte de la démarche impulsée par les CLIC et portée par le CLIC du pays de Meslay-Grez.

PORTEURS DU PROJET

- ▶ Conseil général – Direction de la solidarité et de la cohésion sociale, en partenariat avec la DDASS de la Mayenne, le Comité technique gérontologique et les CLIC.

BUDGET

- ▶ Fonctionnement courant.

INDICATEURS D'ÉVALUATION

- ▶ Mise en œuvre effective d'une réflexion, production et diffusion d'un document de synthèse établissant des modalités d'intervention en cas de suspicion ou constat de maltraitance.
- ▶ Nombre de situations de maltraitance pour lesquelles le document de synthèse aura pu guider l'intervention d'acteurs gérontologiques.

Fiche-action

1.7 Former les acteurs gérontologiques, si possible dans une logique de décroisement des statuts et des services

OBJECTIFS

- ▶ Par le biais de la formation sur des thèmes transversaux, faciliter la rencontre entre les acteurs gérontologiques d'un même territoire, ayant éventuellement des statuts différents, appartenant à divers services ou établissements.
- ▶ Faciliter ainsi la connaissance mutuelle, les décroissements, le travail en partenariat.

MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

- ▶ Evaluation et diffusion de l'expérience du sud-ouest Mayennais (*cf. fiche-action n° 1.4*).
- ▶ Invitation adressée aux CLIC pour les inciter à travailler dans ce sens avec les divers acteurs gérontologiques de leur territoire.

PORTEURS DU PROJET

- ▶ CLIC du département.

BUDGET

- ▶ Utilisation des fonds de formation continue.
- ▶ Mobilisation des crédits de la CNSA.
- ▶ Enveloppe budgétaire spécifique du Conseil général pour encourager cette orientation.
- ▶ Recherche de financements extérieurs.

INDICATEURS D'ÉVALUATION

- ▶ Nombre de CLIC, chaque année, ayant mis en œuvre des actions de formation transversales.
- ▶ Nombre de participants.
- ▶ Effets d'impact en termes de décroisement et de partenariat

CALENDRIER

▶ 2008 à 2012

Fiche-action

1.8 Rechercher et mobiliser des sources de financement externes

OBJECTIFS

- ▶ Permettre financièrement la réalisation d'actions, éventuellement innovantes, voire leur pérennisation.
- ▶ Mobiliser toutes les sources possibles de financement et les faire connaître auprès des porteurs de projet potentiels.

MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

- ▶ Recherche documentaire sur internet.
- ▶ Repérage, contacts et éventuellement négociations avec des partenaires financeurs potentiels.
- ▶ Réalisation et diffusion d'un répertoire des sources de financement externes.

PORTEURS DU PROJET

- ▶ Conseil général – Direction de la solidarité et de la cohésion sociale.
- ▶ CEAS de la Mayenne pour les acteurs associatifs.

BUDGET

- ▶ Fonctionnement courant.

INDICATEURS D'ÉVALUATION

- ▶ Réalisation effective du répertoire.
- ▶ Crédits externes mobilisés par les acteurs gérontologiques mayennais grâce au répertoire.

Prise en charge des personnes atteintes de troubles cognitifs et psycho-comportementaux

2

- Objectif 2.1 :** Améliorer la prise en charge des personnes
désorientées vivant à leur domicile p. 41
- Fiche-action 2.1.1 : Créer des accueils de jour pour une couverture
homogène du territoire p. 41
- Fiche-action 2.1.2 : Développer des services d'aide aux aidants
(groupe de parole) p. 42
- Fiche-action 2.1.3 : Former les professionnels qui interviennent au domicile p. 43
- Objectif 2.2 :** Améliorer la prise en charge en établissement des personnes
atteintes de troubles cognitifs et psycho-comportementaux .. p. 44
- Fiche-action 2.2.1 : Créer des unités d'hébergement de 12 à 15 personnes p. 44
- Fiche-action 2.2.2 : Analyser la faisabilité de l'accueil de nuit et encourager,
le cas échéant, ce type de réponse p. 45

1) Approche quantitative de la maladie d'Alzheimer.

Nul ne contestera le fait que le nombre de personnes atteintes de troubles cognitifs et psycho-comportementaux augmente considérablement et continuera d'augmenter, du fait des évolutions démographiques, sauf si de réels progrès thérapeutiques sont rapidement réalisés – ce qui est très incertain sur la durée quinquennale du schéma.

Nul ne contestera, par ailleurs, les difficultés que génère la prise en charge de ces troubles tant au domicile qu'en établissement, ce qui appelle des mesures spécifiques pour les aidants naturels et pour les professionnels.

Au demeurant, il est difficile de mesurer objectivement l'ampleur de la maladie, d'une part parce que le champ peut varier (désorientation, maladie d'Alzheimer, démence...), d'autre part parce que la déclaration n'est pas obligatoire.

Cependant, en appliquant les taux de prévalence de la maladie d'Alzheimer de l'étude Paquid à la population des Pays de la Loire, **on peut estimer à environ 36 600, en 2005, le nombre de personnes de 75 ans ou plus souffrant de la maladie d'Alzheimer dans la région** (source : *La santé observée dans les Pays de la Loire*, éd. 2007, page 71).

Au 1er janvier 2005, selon les données de l'INSEE, la population estimée des 75 ans ou plus en Mayenne est égale à 9,6 % de la population ligérienne correspondante. Soit **environ 3 500 malades d'Alzheimer âgés de 75 ans ou plus, en 2005, dans le département de la Mayenne**. Sur la base de 60 % à domicile et 40 % en établissement, nous aurions 2 100 malades d'Alzheimer à domicile et 1 400 en établissement (soit 31 % du nombre de places EHPAD + USLD).

Ce chiffre de 3 500 malades d'Alzheimer (domicile + établissement) apparaît en cohérence avec les études qui montrent qu'en moyenne, un médecin généraliste suit, sur un an, une dizaine de patients atteints de démence. En revanche, on peut s'étonner des données diffusées par l'UR.CAM : en 2006, seulement 1 084 personnes, en Mayenne, ont bénéficié d'un traitement contre la maladie d'Alzheimer. Certes, ce dénombrement ne prend pas en compte les personnes suivies dans les établissements de santé (source : *La santé observée dans les Pays de la Loire*, édition 2007, page 71).

2) Préconisations générales.

La première prise en charge de la maladie s'effectue par les professionnels et établissements de proximité (médecin, services de soutien à domicile, EHPAD, hôpital local...). Les évaluations gériatriques sont réalisées le plus possible dans le territoire de proximité, en lien avec les intervenants qui travaillent sur celui-ci.

Les professionnels d'intervention doivent être formés à l'aide auprès des malades d'Alzheimer pour favoriser la tolérance et une meilleure « gestion » de la maladie, prévenir éventuellement les situations de crise.

Les professionnels peuvent recourir à une expertise, au cas par cas, et à un soutien dans des prises en charge à problème.



Fiche-action

2.1.1 Créer des accueils de jour pour une couverture homogène du territoire

OBJECTIFS

- ▶ Préserver le plus longtemps possible l'autonomie physique et psychique des personnes désorientées accueillies.
- ▶ Offrir aux aidants des moments de répit et/ou pour des activités ou projets personnels.
- ▶ Soutenir et conseiller la famille en l'intégrant au projet thérapeutique et en l'associant parfois, si elle le souhaite, aux activités de l'accueil de jour.

MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

- ▶ Inventaire et évaluation de l'existant.
- ▶ Élaboration d'un cahier des charges précisant les conditions minimales à remplir pour l'ouverture d'un accueil de jour (*définition des principes de sécurité et de liberté dans le projet d'accueil ; pratique de l'écoute active, de la résolution des tensions, voire de la stimulation des fonctions cognitives ; projet personnalisé pour chacune des personnes accueillies ; activités adaptées...*).
- ▶ Analyse des besoins au niveau de chaque CLIC, avec création d'accueil(s) de jour pour une couverture homogène du territoire. Création à partir de cinq personnes avec un maximum de quinze. Accueil sur la demi-journée ou la journée. Transports à organiser et à inclure dans le fonctionnement.

PORTEURS DU PROJET

- ▶ Conseil général et DDASS de la Mayenne, en partenariat avec les CLIC et les acteurs gérontologiques locaux.

BUDGET

- ▶ Fiche technique à réaliser (CNSA, APA...).

INDICATEURS D'ÉVALUATION

- ▶ Élaboration effective du cahier des charges et d'une fiche technique pour le montage d'un projet et le financement.
- ▶ Nombre de places créées chaque année et nombre de places total.
- ▶ Bilan quantitatif et qualitatif à produire par les structures.

CALENDRIER

▶ 2008 à 2012

Fiche-action

2.1.2 Développer des services d'aide aux aidants (groupes de parole)

OBJECTIFS

- ▶ Aider les aidants naturels en leur permettant de participer à des groupes de parole (au-delà des réponses en accueil de jour, de nuit, hébergement temporaire...).
- ▶ Permettre aux aidants naturels de sortir de leur isolement et de partager leurs expériences.
- ▶ Les aider et les accompagner tout au long de la maladie ; leur permettre d'anticiper les situations de crise.

MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

- ▶ Élaboration d'un guide pratique apportant des conseils pour la mise en œuvre et précisant les conditions à remplir.
- ▶ Mise en place d'un ou plusieurs groupes de parole par CLIC.
- ▶ Recherche de financements pour la pérennisation.

PORTEURS DU PROJET

- ▶ Conseil général – Direction de la solidarité et de la cohésion sociale et DDASS de la Mayenne, en partenariat avec les CLIC et les acteurs gérontologiques locaux, la Société de gérontologie, France Alzheimer...

BUDGET

- ▶ Financements à rechercher (CNSA...).

INDICATEURS D'ÉVALUATION

- ▶ Élaboration effective du guide pratique.
- ▶ Implantation des groupes de parole pour une couverture homogène du territoire.
- ▶ Nombre de personnes bénéficiaires par an.

CALENDRIER

▶ 2008 à 2012

Fiche-action

2.1.3 Former les professionnels qui interviennent au domicile

OBJECTIFS

- ▶ Faciliter une prise en charge de qualité pour les personnes désorientées et/ou atteintes de troubles cognitifs et psycho-comportementaux.
- ▶ Faire acquérir des techniques, aux professionnels d'intervention, pour une relation d'aide adaptée et ainsi éviter tout acte de maltraitance.
- ▶ Permettre la transmission de conseils aux aidants naturels afin d'éviter les tensions dans la vie au quotidien.

MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

- ▶ Réflexion à engager au niveau des centres de formation initiale (*assistants de vie, auxiliaires de vie sociale, aides-soignants, infirmiers...*) pour mettre en commun les réponses actuellement mises en œuvre et éventuellement améliorer les contenus.
- ▶ Mise en œuvre de programmes de formation continue, au niveau des CLIC, pour les professionnels d'intervention : méthodologie de soins Gineste-Marescotti, techniques de la validation de Naomi Feil (*ouverture, si possible, à des professionnels en établissement*).
- ▶ Négociation avec les centres de formation et/ou formateurs spécialisés.

PORTEURS DU PROJET

- ▶ Conseil général – Direction de la solidarité et de la cohésion sociale, en partenariat avec les centres de formation locaux (*formation initiale*) et les CLIC.

BUDGET

- ▶ Animation de l'action sur le fonctionnement courant.
- ▶ Recherche de financements possibles (*CNSA, OPCA, fondations...*).

INDICATEURS D'ÉVALUATION

- ▶ Réponses mises en œuvre au niveau des formations initiales.
- ▶ Nombre de personnes formées chaque année en formation continue.

CALENDRIER

▶ 2008 à 2012

Fiche-action

2.2.1 Créer des unités d'hébergement de 12 à 15 personnes

OBJECTIFS

- ▶ Proposer une prise en charge spécifique et adaptée aux personnes atteintes de troubles cognitifs et psycho-comportementaux, et à leur famille.
- ▶ Disposer d'environ 750 places en unités de vie, d'ici 2012 accueillant chacune de 12 à 15 personnes.

MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

- ▶ Élaboration d'un cahier des charges précisant les conditions minimales à remplir pour l'ouverture d'une unité de vie.
- ▶ À l'occasion du renouvellement des conventions tripartites, incitation auprès des EHPAD pour conduire une réflexion sur le projet d'établissement, en particulier concernant l'accueil des personnes atteintes de troubles cognitifs et psycho-comportementaux.
- ▶ Incitation à l'ouverture d'unités de vie, mais en veillant à l'inscription de l'EHPAD dans un réseau (*entre autres, convention avec le secteur psychiatrique*), à la présence d'un médecin coordonnateur, à la formation et au soutien psychologique du personnel.

PORTEURS DU PROJET

- ▶ Conseil général et DDASS de la Mayenne, en partenariat avec les établissements publics de santé et les EHPAD

BUDGET

- ▶ Conventions tripartites.

INDICATEURS D'ÉVALUATION

- ▶ Réalisation effective du cahier des charges.
- ▶ Nombre de places en unités de vie créées chaque année et nombre total de places.
- ▶ Nombre d'établissements ayant mis en œuvre un projet répondant au cahier des charges.

CALENDRIER

▶ 2008 à 2012

Fiche-action

2.2.2 Analyser la faisabilité de l'accueil de nuit et encourager, le cas échéant, ce type de réponse

OBJECTIFS

- ▶ Accueillir, pour la nuit, des personnes présentant des troubles psycho-comportementaux nocturnes et, ainsi, offrir des solutions de répit pour les aidants.
- ▶ Préserver, le plus longtemps possible, l'autonomie physique et psychique des personnes accueillies.

MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

- ▶ Bilan ou évaluation d'expériences existantes, élaboration du montage financier possible et élaboration d'un cahier des charges précisant les conditions minimales à remplir pour ce type de réponse.
- ▶ Accueil en chambre dédiée, avec possibilité de divers services (*dîner, petit-déjeuner, toilette du matin, transports*).
- ▶ Mise en place d'un projet personnalisé avec préservation des liens avec la famille et conservation des rituels du domicile.

PORTEURS DU PROJET

- ▶ Conseil général et DDASS de la Mayenne, en partenariat avec les acteurs gérontologiques locaux (*domicile/établissement*).

BUDGET

- ▶ Financement possible à explorer (*Plan Alzheimer, APA...*).

INDICATEURS D'ÉVALUATION

- ▶ Réalisation effective du bilan ou de l'évaluation d'expériences.
- ▶ Nombre de places en accueil de nuit par année (*objectifs plus qualitatifs que quantitatifs*).

CALENDRIER

▶ 2008 à 2012

3

Soutien à domicile

Objectif 3.1 :	Renforcer les CLIC dans leur rôle de lieu-ressources	p. 48
Fiche-action 3.1.1 :	Redéfinir les missions des CLIC	p. 49
Objectif 3.2 :	Encourager les interventions d'aide à domicile en service prestataire dans le respect de la diversité de l'offre	p. 50
Fiche-action 3.2.1 :	Communiquer sur les avantages et inconvénients du cadre prestataire et de l'emploi direct.....	p. 54
Objectif 3.3 :	Développer la qualité dans les services d'aide à domicile	p. 55
Fiche-action 3.3.1 :	Réaliser un diagnostic et une mise en perspective des services à la personne.....	p. 57
Fiche-action 3.3.2 :	Établir des protocoles et aboutir à un consensus concernant certains actes au domicile (toilette, prise de médicaments...) ..	p. 58
Fiche-action 3.3.3 :	Assurer une continuité de services, en particulier le soir, la nuit, le week-end, dans l'urgence.....	p. 59
Objectif 3.4 :	Augmenter la capacité des SSIAD et développer la qualité	p. 60
Fiche-action 3.4.1 :	Augmenter la capacité des SSIAD	p. 62
Fiche-action 3.4.2 :	Développer la qualité par l'élaboration de projets de service ...	p. 63
Objectif 3.5 :	Optimiser le dispositif de l'APA	p. 64
Fiche-action 3.5.1 :	Réaliser une évaluation externe de la mise en œuvre de l'APA au domicile	p. 66
Objectif 3.6 :	Formuler des préconisations pour les services de portage de repas	p. 67
Fiche-action 3.6.1		p. 67
Objectif 3.7 :	Développer l'hébergement temporaire comme solution alternative	p. 68
Fiche-action 3.7.1 :	Recentrer l'hébergement temporaire sur sa fonction initiale ...	p. 70
Fiche-action 3.7.2 :	Augmenter l'offre de proximité en hébergement temporaire ..	p. 71
Objectif 3.8 :	Développer un réseau d'accueillants familiaux pour personnes âgées	p. 72
Fiche-action 3.8.1 :	Accompagner le développement d'un réseau d'accueillants familiaux pour personnes âgées.....	p. 74
Fiche-action 3.8.2 :	Préciser les critères d'agrément des accueillants familiaux	p. 75
Fiche-action 3.8.3 :	Accompagner tout porteur de projet à but non lucratif susceptible de développer un concept original dans le département	p. 76
Fiche-action 3.8.4 :	Évaluer les réponses à caractère innovant	p. 77

Renforcer les CLIC dans leur rôle de lieu-ressources

CONTEXTE

- Neuf CLIC couvrent dorénavant entièrement le département.
- Les six CLIC fonctionnant en 2006 ont produit un rapport d'activité global qui dresse un bilan qualitatif au regard des missions qui leur sont confiées :

- **Lieu d'accueil, d'écoute et d'information** : la mission est remplie, dans les bureaux des CLIC ou à domicile, même si certains sont confrontés à des problèmes par rapport à leurs locaux (exiguïté, manque de confidentialité, difficulté de repérage), ce qui peut freiner le recours aux CLIC. La question de l'accessibilité des locaux aux personnes à mobilité réduite peut également se poser.

- **Centre de ressources pour les professionnels** : la mission est remplie, même si les professionnels n'utilisent pas toujours toutes les ressources des CLIC.

- **Observatoire des besoins et des réponses** : les CLIC considèrent que ce travail doit s'articuler avec le schéma gérontologique départemental. L'objectif serait alors d'identifier les spécificités de chaque territoire et d'analyser les réponses existantes et les besoins.

- **Facilitation de l'accès aux droits** : la mission est satisfaite par l'information, la mise en contact avec les organismes appropriés et l'aide administrative à la réalisation des premières démarches.

- **Évaluation des besoins et élaboration des plans d'aide** : les CLIC participent à l'évaluation des besoins de la personne, ou du moins la facilitent.

Ils interviennent dans le cadre d'une évaluation partagée. En 2006, les six CLIC en activité ont évoqué quelque 950 situations en réunion de coordination. La question se pose de savoir jusqu'où les CLIC doivent aller dans l'élaboration des plans d'aide. Il n'existe pas actuellement de cadre commun aux CLIC. Ceux-ci sont intéressés par la mission, mais elle exige compétences et moyens. Il apparaît nécessaire d'éclaircir ce point avec les financeurs. Dans ce sens, quelle réponse donner à la CRAM qui souhaite confier aux CLIC un rôle d'évaluation des besoins pour les personnes en GIR 5 ou 6 (système de financement au dossier) ?

- **Identification et facilitation de la mise en relation des professionnels de santé, du champ social, médico-social et de l'habitat** : cette mission est centrée sur le partenariat. Elle apparaît satisfaisante par les CLIC, mais la notion de partenariat est à travailler en permanence.

- **Initiation d'actions de prévention, de soutien aux aidants naturels, de formation** : les CLIC initient de nombreuses actions, mais attendent, cependant, un éclaircissement de leur positionnement et un soutien logistique.

- Globalement, les CLIC remplissent leur mission et apportent un service supplémentaire aux personnes âgées, à leur entourage et à leur famille, ainsi qu'aux professionnels et aux institutions. En outre, les CLIC du département constituent, aujourd'hui, un réseau informel mais efficace. Cependant, les CLIC considèrent que l'effectif d'1,50 ETP pour un CLIC installé ou de 0,50 ETP pour un CLIC qui démarre est insuffisant au regard des missions confiées. En outre, certains locaux sont inadaptés. Par ailleurs, les CLIC souhaiteraient pouvoir bénéficier d'un référent technique. Enfin, leur financement est considéré comme fragile en raison du nombre des financeurs et, pour la plupart d'entre eux, d'une attribution annuelle des subventions.

Fiche-action

3.1.1 Redéfinir les missions des CLIC

OBJECTIFS

- ▶ Faciliter la mise en œuvre du schéma gérontologique dans une logique territorialisée.
- ▶ Clarifier les missions confiées aux CLIC, surtout pour les fonctions d'évaluation, d'élaboration de plans d'aide, et aussi d'animation territoriale.
- ▶ Fixer des objectifs à atteindre.
- ▶ Déterminer les indicateurs d'évaluation des prestations assurées par les CLIC.
- ▶ Attribuer des moyens pour répondre aux missions confiées.

MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

- ▶ Lancement d'une réflexion visant à répondre aux objectifs ci-dessus. Entre autres, il apparaît nécessaire, aux CLIC, d'optimiser le travail en commun avec les évaluateurs APA. Pour répondre aux propositions des CLIC, il s'agit d'étudier dans quelle mesure ils peuvent assurer un suivi des situations en cas d'évolution rapide des besoins et, par ailleurs, s'ils peuvent évaluer les besoins dans les situations d'urgence et élaborer un plan d'aide, validé ensuite par le Conseil général, après le passage de l'évaluateur (*délégation avec contrôle a posteriori*).

PORTEURS DU PROJET

- ▶ Conseil général – Direction de la solidarité et de la cohésion sociale, éventuellement avec recours à une expertise extérieure, en partenariat avec les CLIC.

BUDGET

- ▶ A redéfinir en fonction des missions confiées aux CLIC.

INDICATEURS D'ÉVALUATION

- ▶ Mise en œuvre effective de la réflexion.
- ▶ Éventuellement renforcement des moyens attribués aux CLIC ; pérennisation des financements.
- ▶ Satisfaction des CLIC quant aux résultats produits.

CALENDRIER

- ▶ **2008**
avec réajustements
annuels

Encourager les interventions d'aide à domicile en service prestataire dans le respect de la diversité de l'offre

CONTEXTE

- Trois types de structures développent une activité d'aide et d'accompagnement auprès des personnes âgées dépendantes et/ou en perte d'autonomie⁽¹⁾ :
 - des associations (en service prestataire et mandataire) ;
 - des CCAS (uniquement en service prestataire) ;
 - des entreprises privées (en service prestataire ou mandataire).
- Les interventions auprès de ce public sont également ouvertes à l'emploi direct.

1) Les associations.

- Fédération ADMR de la Mayenne : elle fédère 63 associations également agréées, qui couvrent l'ensemble du département à l'exception de Laval, Mayenne et Château-Gontier :
 - . 44 associations locales ADMR ;
 - . 18 services locaux de Familles Rurales ;
 - . l'ACAFPA (Le Bourgneuf-la-Forêt).
- Aid'a dom (Laval et antenne à Château-Gontier).
- Association familiale d'aide à domicile – AFAD (Laval et antenne à Mayenne).
- Le secteur associatif couvre entièrement les 261 communes du département.
- La Fédération ADMR bénéficie d'une longue expérience dans les interventions auprès des personnes âgées ou handicapées, d'où des conventions signées avec la quasi-totalité des financeurs. Le positionnement d'Aid'a dom et de l'AFAD auprès de ces publics est plus récent (une quinzaine d'années). Ces trois structures développent également des services auprès des familles.
- Elles proposent des services prestataires, mais interviennent aussi, pour certaines situations, en service mandataire.
- Outre des services auprès des publics dits fragiles, ces trois structures interviennent également auprès de tout public (facilitation de la vie quotidienne ou aide de confort), soit avec les mêmes professionnels (ex. Fédération ADMR), soit avec des professionnels spécifiques (Aid'a dom et AFAD).

2) Les CCAS.

- CCAS Laval (sur Laval uniquement).
- CCAS Mayenne (sur Mayenne uniquement).
- CCAS Château-Gontier (sur Château-Gontier, Azé et Saint-Fort).
- Ils interviennent uniquement auprès des personnes âgées ou handicapées (pas de service d'aide aux familles). De plus, de par leur statut, ils ne sont pas positionnés sur l'aide de confort.
- Ils interviennent uniquement en service prestataire (pas de service mandataire).
- Ils bénéficient d'une longue expérience auprès des personnes âgées ou handicapées et, de ce fait, sont reconnus par la quasi-totalité des financeurs.

3) Les entreprises privées.

- Maison et Services (Changé), bien que bénéficiant d'un agrément qualité, se positionne essentiellement sur l'aide de confort.
- De nouvelles entreprises se sont implantées en Mayenne fin 2006 ou début 2007 : Capvie 53 (uniquement en mandataire), ADHAP Services, Axeo, APEF, etc.

4) Les professionnels en emploi direct.

- Le public dit fragile (personnes âgées ou handicapées) peut recourir à l'emploi direct, en effectuant les démarches administratives directement auprès de l'URSSAF de la Mayenne ou, de plus en plus, en ayant recours aux chèques emploi-service universels (CESU). Cette possibilité est notamment offerte aux personnes relevant des GIR 1 à 4 et donc bénéficiaires de l'APA. Aucune qualification n'est alors véritablement exigée, ce qui peut paraître paradoxal au regard des exigences imposées aux structures autorisées ou agréées qualité. A noter que pour les personnes moins dépendantes (GIR 5 et 6), les caisses de retraite, jusqu'à présent, ne participent au financement qu'en cas de recours à une structure avec laquelle elles ont signé une convention.

⁽¹⁾ Cet état des lieux reprend un travail réalisé par le Centre d'étude et d'action sociale de la Mayenne (CEAS) pour la Maison de l'Emploi de la Mayenne.

- Les outils de suivi statistique de l'emploi direct ne permettent pas de distinguer les interventions auprès des publics dits fragiles. Cependant, le Conseil général, pour ce qui concerne les interventions financées au titre de l'APA, dispose du nombre d'interventions et du volume d'heures en emploi direct. Dans tous les cas, il demeure difficile d'avoir une connaissance exhaustive de l'activité d'aide et d'accompagnement auprès des personnes âgées dépendantes et/ou en perte d'autonomie.

ANALYSE QUALITATIVE

- La connaissance statistique de l'activité est complexe. D'une part, l'emploi direct recouvre des interventions auprès de différents publics et répond à différents besoins (assistance et accompagnement / aide de confort), sans que les statistiques ne permettent de les distinguer. D'autre part, pour les structures agréées, dès que l'on cherche à dépasser les chiffres globaux d'activité pour mesurer et analyser les évolutions par type d'activité, on se heurte à des approches et à des outils quelque peu différents d'une structure à l'autre. Au niveau même des structures agréées, les chiffres qui suivent sont donc à prendre avec précaution.
- En outre, l'activité en service mandataire pose problème. Tout d'abord au niveau du suivi statistique : l'activité concerne essentiellement des interventions auprès de personnes âgées ou handicapées, mais non exclusivement (cependant, plus de 90 % de l'activité pour ce qui concerne la Fédération ADMR). De plus, on est confronté à un risque de doublons car les heures sont enregistrées également par l'URSSAF de la Mayenne au titre de l'emploi direct. Par ailleurs, plus sur le fond, l'activité en service mandataire pose problème car la structure agréée n'est pas l'employeur et le personnel ne bénéficie pas de l'accord de branche de 2002 relatif aux emplois et aux rémunérations dans l'aide à domicile.

1) Services prestataires.

- Soutenue par le vieillissement de la population et le développement de l'APA, donc par un nombre de situations de dépendance et/ou de perte d'autonomie de plus en plus important, l'activité prestataire augmente fortement au niveau des trois structures associatives et des trois CCAS. Le cap du million d'heures a été dépassé en 2006. L'activité avait augmenté de 12 % entre 2003 et 2004, et de 10 % entre 2004 et 2005. L'augmentation est légèrement moins importante en 2006. Ainsi, la progression du nombre d'heures tend à diminuer en variation relative.
- L'APA, dont la montée en charge a été très progressive dans le département, constitue la principale source de financement des heures d'intervention.
- La Fédération ADMR intervient dans tout le département, sauf à Laval, Mayenne et Château-Gontier. Sur la base du recensement de 1999, les 258 communes couvertes par l'ADMR regroupent 74 % des Mayennais âgés de 75 ans ou plus vivant à leur domicile. Ce taux est en cohérence avec la part de l'activité de la Fédération ADMR, au titre des personnes âgées ou handicapées en service prestataire, parmi l'activité totale des associations agréées et des CCAS (76 %).
- L'activité s'est développée au sein de toutes les structures agréées, à l'exception du CCAS de Laval où l'activité s'est stabilisée depuis plusieurs années. On peut supposer que le CCAS de Laval a vu son activité quelque peu concurrencée, notamment par Aid'a dom et l'AFAD. A contrario, l'activité s'est fortement développée au CCAS de Mayenne (elle a été multipliée par 1,5 entre 2001 et 2005).

2) Services mandataires.

Au niveau des trois structures associatives, l'activité mandataire diminue très fortement. Plusieurs explications dont, en tout premier lieu, leur choix politique, ainsi que celui des caisses de retraite, de ne pas développer ce cadre d'intervention qui présente de nombreux inconvénients :

- Multiplicité des employeurs pour les professionnels d'intervention ;
- Convention collective différente de celles de l'aide à domicile, ces dernières étant plus avantageuses pour les salariés depuis la signature de l'accord de branche de 2002 ;
- Responsabilités de l'employeur renvoyées à une personne a priori «fragile».



Objectif 3.2

3) Emploi direct (Conseil général / APA).

- Le Conseil général a transmis les données de juin et de décembre 2006 concernant l'APA dans le département, en précisant qu'il ne s'agit pas exactement des heures effectivement réalisées, mais des heures octroyées aux bénéficiaires de l'APA par décision du président du Conseil général, après avis de la commission sur le plan d'aide personnalisé. La différence ne doit pas être très importante ; pour autant, elle ne peut être en parfaite adéquation (changement de situation, décès, hospitalisation, entrée en établissement, etc.).

- En décembre 2006, au titre de l'APA, les services prestataires ont réalisé 62 504 heures et les salariés en emploi direct 10 449 heures (14 % de l'activité totale).

- Entre juin et décembre 2006, l'activité a augmenté de 3 %. Dans le même temps, la part de l'emploi direct a diminué d'un point de pourcentage. Celle-ci varie selon les zones d'action sociale. En décembre 2006, elle est de 10 % dans le pays de Craon ou le pays de Mayenne (impact du CLIC ?), mais de 21 % pour la ville de Laval, voire de 23 % dans les pays de Château-Gontier et Meslay-du-Maine.

4) Ensemble de l'activité.

Nombre d'heures réalisées

Services prestataires + mandataires	2003	2004	2005	2006 (prévision)
FD. ADMR	702 391 h	769 481 h	815 214 h	847 000 h
Aid'a dom	18 014 h	18 833 h	24 424 h	28 580 h
AFAD	27 968 h	23 155 h	25 908 h	29 800 h
CCAS de Laval	108 412 h	104 800 h	105 216 h	105 500 h
CCAS de Mayenne	45 662 h	52 896 h	55 562 h	60 000 h
CCAS de Château-Gontier	33 831 h	35 812 h	37 909 h	38 400 h
Captive 53	/	/	/	280 h
TOTAL	936 278 h	1 004 977 h	1 064 233 h	1 109 560 h

- Dans les interventions d'aide aux personnes âgées ou handicapées, la baisse de l'activité mandataire est globalement largement couverte par les interventions en prestataire. L'activité a augmenté de 7 % en 2004 et de 6 % en 2005. A partir des chiffres provisoires, la progression serait de 4 % en 2006. La montée en charge progressive de l'APA peut expliquer ce fléchissement, mais aussi la concurrence de l'emploi direct.

- Sur la base de 1 480 heures pour un temps complet, les trois structures associatives ont, en 2006, une activité auprès des personnes âgées ou handicapées correspondant à environ 610 ETP (uniquement personnel d'intervention) et les CCAS à près de 140, soit un total de quelque 750 ETP.

- Une projection à cinq ans, s'appuyant sur les effectifs de personnes âgées de 75 ans ou plus, laisse entrevoir la création d'une centaine d'emplois supplémentaires (en ETP) pour faire face aux besoins.

AVANTAGES ET INCONVÉNIENTS DES TYPES D'INTERVENTION

- Les services prestataires d'aide à domicile (associations, CCAS ou entreprises privées) ont l'avantage d'assurer une fonction d'interface entre la personne aidée et l'intervenant (encadrement, évaluation, gestion des difficultés...); de garantir une continuité de service; de faciliter la qualification du personnel et de lui offrir un cadre de travail sécurisant; de dégager la personne aidée d'une fonction employeur.

	Avantages	Inconvénients
Service prestataire	Pour la personne aidée : • Mise à disposition de personnel qualifié. • Gestion administrative de l'intervention. • Continuité de service (intervention le week-end) et gestion des remplacements. • Médiation en cas de difficultés entre intervenante / personne aidée et/ou famille et/ou autres professionnels. • Contrôle de la qualité de l'intervention. • Pas de licenciement si arrêt de l'intervention. • Bénéfice de la réduction d'impôt (50 % du coût).	Pour la personne aidée : • Coût d'intervention plus élevé. • Communication des revenus si possibilité et demande de prise en charge.
	Pour le professionnel : • Référent en cas de difficultés. • Travail au sein d'une équipe. • Gestion, par le service, du planning, des remboursements kilométriques... • Respect du droit du travail. • Possibilité de suivre des formations. • Certaine garantie d'emploi (surtout si mensualisation).	Pour le professionnel : • Statut salarié, donc moindre liberté.
Emploi direct	Pour la personne aidée : • Coût de l'intervention moins élevé. • Bénéfice de la réduction d'impôt (50 % du coût).	Pour la personne aidée : • Aucun contrôle externe de la qualité de l'intervention. • Pas de gestion des remplacements. • Formalités administratives à effectuer soi-même. • Droit du travail pas toujours respecté (par méconnaissance ?). • Nécessité d'un licenciement par exemple en cas de décès de la personne aidée. • Risques de contentieux (prud'hommes).
	Pour le professionnel : • Travail indépendant. • Choix de ses «clients». • Négociation possible sur le salaire.	Pour le professionnel : • Multiplicité des employeurs. • Pas d'intermédiaire pour gérer les difficultés ni de soutien pour les situations complexes. • Pas de prise en charge des déplacements (sauf négociation avec l'employeur). • Congés payés réglés chaque mois. • Difficultés de gestion des arrêts maladie et maternité. • Difficulté pratique pour accéder à la formation continue.

Source : CEAS de la Mayenne

Fiche-action

3.2.1 Communiquer sur les avantages et inconvénients du cadre prestataire et de l'emploi direct

OBJECTIFS

- ▶ Informer objectivement les personnes âgées, leur famille, les professionnels d'intervention, des avantages et inconvénients tant du cadre prestataire que de l'emploi direct.
- ▶ En particulier, informer les particuliers employeurs (*ou les particuliers susceptibles de le devenir*) de leurs droits et devoirs, pour éviter les abus, prévenir les conflits et la saisine des prud'hommes, et leur permettre un choix éclairé.

MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

- ▶ Analyse de la fiche réalisée par le CEAS de la Mayenne et validation des modifications à y apporter.
- ▶ Large diffusion du contenu.

PORTEURS DU PROJET

- ▶ Conseil général – Direction de la solidarité et de la cohésion sociale, en partenariat avec le CEAS de la Mayenne et les acteurs concernés.

BUDGET

- ▶ Néant

INDICATEURS D'ÉVALUATION

- ▶ Diffusion effective de l'outil.

Développer la qualité dans les services d'aide à domicile

ANALYSE QUALITATIVE ⁽¹⁾

1) Atouts de l'offre actuelle.

- **Prestataires (associations + CCAS) ayant une longue expérience des interventions auprès des publics dits fragiles et couvrant l'ensemble du territoire mayennais.** Service assuré en continuité (7j/7) y compris avec des réponses possibles pour la nuit). Conventions avec la quasi-totalité des financeurs (Conseil général, caisses de retraite, CPAM et MSA...).
- **Accord de branche sur les emplois et les rémunérations pour le secteur associatif de l'aide à domicile (2002), lequel a renforcé l'attractivité des métiers du domicile.** Parallèlement, mise en place de l'annualisation du temps de travail (environ 50 % des aides à domicile sont concernées à la Fédération ADMR), augmentation du temps de travail moyen (de 62,5 h en 2002 à la Fédération ADMR à 84,6 h en 2005), etc.
- Développement d'une concurrence avec l'arrivée, sur le marché, d'entreprises privées, laquelle est susceptible de créer une certaine émulation dans le sens de la qualité.
- Volume d'activité conséquent, connaissant un fort développement, et création de nombreux emplois.
- A court terme, dans l'aide à domicile, pas de pression particulière consécutive à la pyramide des âges des professionnels d'intervention. Environ 350 aides à domicile sont susceptibles de partir à la retraite dans les dix ans à venir au sein des trois structures associatives agréées qualité et des trois CCAS (30 % de l'effectif total), mais sans que cela ne suscite d'inquiétudes particulières du fait de la demande d'emploi. Au demeurant, l'activité doit continuer à se développer.
- **Forte amélioration des qualifications dans l'aide à domicile ces dernières années,** par le biais de la formation, mais aussi de la validation des acquis de l'expérience pour le diplôme d'État d'auxiliaire de vie sociale (DEAVS) (avec un taux de 40 à 45 % pour l'obtention complète du diplôme, la Mayenne obtient des résultats supérieurs à la moyenne régionale). En 2006, la Mayenne compte près de 300 titulaires du DEAVS au sein des trois structures associatives agréées qualité et des CCAS. Le taux moyen par service est de 23 %, mais avec de forts écarts (de 7 % à 42 %).



⁽¹⁾ Cet état des lieux reprend un travail réalisé par le Centre d'étude et d'action sociale de la Mayenne (CEAS) pour la Maison de l'Emploi de la Mayenne.

2) Faiblesses de l'offre actuelle.

- **Manque de lisibilité de l'offre existante :**
 - L'annuaire téléphonique est totalement inopérant en la matière.
 - Dans le département, pas de plaquette ou de site internet présentant l'ensemble des services agréés.
- Très faible impact des enseignes nationales (faible intérêt des prestataires locaux pour cette initiative).
- **Insuffisance de la fonction «conseil» auprès des porteurs de projet**, d'où le risque d'une offre fragmentée et de pratiques litigieuses au regard de la réglementation.
- **Instruction des demandes d'agrément jugées trop longues** (parfois six mois). Dépassement des délais fixés par la loi au terme desquels, à défaut d'un positionnement, l'agrément est accordé automatiquement.
- Multiplication des prestataires (agréés ou non), ce qui peut remettre en question les efforts de professionnalisation réalisés ces dernières années par les structures associatives et les CCAS (formation, titularisations, modulation du temps de travail, etc.).
- Faible mobilité sociale ascendante pour les professionnels en difficulté d'insertion : critères de recrutement sélectifs pour l'aide à domicile auprès des publics dits fragiles (cependant, passerelles existantes AIAD/AFAD, Entr'Aide Services/CCAS de Château-Gontier...).
- **Difficultés de recrutement sur les périodes de congés**, lesquelles ne constituent qu'une offre de travail ponctuelle.

3) Risques concernant l'offre actuelle.

- Précarisation des professionnels avec, notamment, un développement du nombre d'employeurs par professionnel, avec des contraintes inévitables pour la gestion des plannings ou la participation à la formation continue.

- **Risque d'une perte de qualité de par l'arrivée de nouveaux prestataires qui peuvent avoir de la difficulté à s'intégrer dans un travail de proximité privilégiant la coordination** (ce qui va aboutir à complexifier le travail actuellement développé par les CLIC). Dans ce sens, les enseignes nationales sont susceptibles d'apporter leur part de brouillage face aux systèmes de coordination territoriaux tels qu'ils fonctionnent actuellement.
- A terme, perte de qualité dans les interventions, car difficulté à contrôler l'ensemble des prestataires (agréés ou non), et risque d'une sélection sur les coûts et non plus la qualité (par les particuliers et par les financeurs).

4) Opportunités concernant l'offre actuelle.

- Département à dimension humaine où les prestataires associatifs et les CCAS ont l'habitude de travailler ensemble (notamment, jusqu'à ces dernières années, sous l'impulsion de la DDASS).
- Possibilité d'actions concrètes, peu onéreuses, susceptibles de contribuer largement au développement et à la structuration des services à la personne en Mayenne.



Fiche-action

3.3.1 Réaliser un diagnostic et une mise en perspective des services à la personne

OBJECTIFS

- ▶ Avoir une meilleure lisibilité des services à la personne en Mayenne, et plus particulièrement des services d'aide à domicile.

MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

- ▶ Réalisation d'une étude, de septembre à décembre 2007, confiée au cabinet Acor Conseil (*Angers*), avec cinq axes de travail :
 - La modernisation des services d'aide à domicile.
 - L'activité des structures et leur organisation.
 - L'approche économique, partenariale, et son suivi.
 - La gestion des ressources humaines.
 - Les perspectives envisagées pour l'avenir des services d'aide à domicile.
- ▶ Réflexion complémentaire pour exploiter les conclusions de l'étude dans le cadre de la politique gérontologique départementale, et en particulier pour élaborer des critères de qualité permettant à la fois de fixer des objectifs et de pratiquer une évaluation.

PORTEURS DU PROJET

- ▶ Conseil général, DDASS et DDTEFP, en partenariat avec la Maison de l'Emploi de la Mayenne.

BUDGET

- ▶ Prise en charge de l'étude par les porteurs de projet.

INDICATEURS D'ÉVALUATION

- ▶ Satisfaction des porteurs de projet et des acteurs concernés quant aux résultats de l'étude.
- ▶ Valorisation de l'étude dans le cadre de la politique gérontologique départementale.

CALENDRIER

- ▶ fin 2007 et début 2008

Fiche-action

3.3.2 Établir des protocoles et aboutir à un consensus concernant certains actes au domicile (toilette, prise de médicaments...)

OBJECTIFS

- ▶ Sur un territoire donné, engager une formation-action réunissant des professionnels salariés et libéraux ayant un statut et des qualifications différentes (*aides à domicile, aides-soignants, infirmiers*), afin de traiter des difficultés liées aux limites de compétences des uns et des autres.
- ▶ Dresser un état des lieux des pratiques et des difficultés rencontrées ; en analyser les causes et conséquences ; élaborer un document de synthèse qui fasse l'objet d'un consensus et serve de référence ; diffuser les conclusions (*responsables de service, professionnels d'intervention, centres de formation...*).

MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

- ▶ Accompagnement collectif d'acteurs gérontologiques du sud-ouest mayennais dans le cadre du dispositif local d'accompagnement (DLA). Organisme prestataire : Catalys Conseil.

PORTEURS DU PROJET

- ▶ CEAS de la Mayenne, en charge du DLA dans le département.

BUDGET

- ▶ Intervention de l'organisme prestataire : 2 850 euros (*pris en charge dans le cadre du DLA par l'État, la Caisse des Dépôts, le Conseil régional et l'Union européenne / Fonds social européen*).

INDICATEURS D'ÉVALUATION

- ▶ Réalisation effective de la formation-action.
- ▶ Nombre et qualité des participants.
- ▶ Production d'un document de synthèse.
- ▶ Restitution à l'ensemble des acteurs gérontologiques concernés.

CALENDRIER

▶ Début 2008

Fiche-action

3.3.3 Assurer une continuité de services, en particulier le soir, la nuit, le week-end, dans l'urgence

OBJECTIFS

- ▶ Contribuer au maintien à domicile en assurant une intervention possible 7j/7 et 24h/24.

MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

- ▶ Enquête auprès des prestataires agréés afin d'avoir une connaissance complète des réponses susceptibles d'être mises en œuvre par chaque service :
 - le soir ;
 - la nuit ;
 - le week-end ;
 - dans l'urgence.
- ▶ Analyse plus qualitative des réponses mises en œuvre en garde de nuit.
- ▶ Conclusions opérationnelles.

PORTEURS DU PROJET

- ▶ Conseil général – Direction de la solidarité et de la cohésion sociale, en partenariat avec le CEAS de la Mayenne (*éventuellement en ayant recours à un stagiaire*).

BUDGET

- ▶ Fonctionnement courant.

INDICATEURS D'ÉVALUATION

- ▶ Réalisation effective de l'enquête.
- ▶ Caractère opérationnel des conclusions.
- ▶ Nouvelles réponses ou adaptation des réponses actuellement mises en œuvre.

Augmenter la capacité des SSIAD et développer la qualité

CONTEXTE

- **Onze SSIAD (quatre relevant d'une association, quatre autres d'un hôpital et trois d'un CCAS) couvrent entièrement le département.**
- Globalement, ils disposent en 2007 de 530 places pour les personnes âgées et de 19 places pour les personnes handicapées. Pour mémoire, au 1er janvier 1993 (premier schéma), huit SSIAD disposaient d'une capacité de 311 places.
- Au 1er janvier 2006, pour 1 000 habitants de 75 ans ou plus (estimations 2005), le taux d'équipement est de 17,97 places en Mayenne, soit légèrement au-dessus de la moyenne régionale (17,83). Au 1er janvier 1993, le ratio était de 14,55 pour la Mayenne.
- Entre 2000 et 2006, le nombre de places a augmenté de 31 % en Mayenne et de 27 % dans les Pays de la Loire.
- Au 1er juillet 2006, les places pour personnes âgées en Mayenne représentent 9,7 % du total régional, alors que sur la base des estimations de population au 1er janvier 2005, les 75 ans ou plus (domicile + collectivités), en Mayenne, représentent 9,6 %.
- On convient habituellement que les SSIAD constituent «un maillon important de la politique de maintien à domicile» et qu'ils seront, dans ce cadre, «amenés à se développer dans les prochaines années». Cependant, l'approche quantitative ci-dessus pourrait laisser penser que la Mayenne est «correctement» dotée.
- Chaque SSIAD a une liste d'attente conséquente (à titre d'illustration, 27 personnes à Evron mi-juin 2007). De plus, des demandes ne sont probablement pas exprimées car il est largement véhiculé que les SSIAD sont saturés.
- De fait, les participants aux neuf réunions territorialisées ont tous insisté sur le manque de places en SSIAD. Ce déficit a été abordé dans pratiquement tous les sous-groupes, et par des acteurs autres que les salariés mêmes des SSIAD (en particulier les élus et les services d'aide à domicile). Divers témoignages ont montré les dérives occasionnées par cette situation : certains infirmiers libéraux étant peu enclins à réaliser des toilettes médicalisées, on constate un glissement de tâches vers les aides à domicile, y compris en cas de prescription médicale.
- A noter qu'au 31 décembre 2004, la Mayenne compte 54 infirmiers libéraux pour 100 000 habitants, contre 83 en France métropolitaine. En actes, la part d'activité en soins d'hygiène ou de nursing est de 20 % en Mayenne, contre 37 % en France métropolitaine (source : *La santé observée dans les Pays de la Loire* / CNAMTS). Cette approche a pour limite de ne pas montrer les disparités à l'intérieur du département. En outre, elle ne prend pas en compte les pratiques à temps partiel, dont on ne sait pas si elles positionnent favorablement ou non le département.



- L'étude régionale de 2007 (cf. bibliographie) effectue une autre approche quantitative qui conforte les représentations des acteurs locaux. En effet, les ratios s'établissent habituellement sur la base de la population âgée de 75 ans ou plus. Or, l'étude régionale calcule également un taux d'équipement par rapport à la population bénéficiaire de l'APA à domicile. Le tableau mériterait d'être réactualisé car il est établi sur des données de 2004. En tout cas, avec un taux de 206,26 places pour 1 000 bénéficiaires de l'APA, la Mayenne se retrouve le département le moins bien doté des Pays de la Loire (moyenne régionale : 267,60 places).
- Le Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) prévoit une programmation annuelle pour les années à venir. Pour 2008, est normalement assurée l'attribution d'au moins 40 % des places demandées, et pour 2009, 20 % des places demandées (sur un total de quarante-trois pour chacune des deux années) – soit environ respectivement 17 et 9 places, au minimum.
- Depuis la loi n° 2002-02 du 2 janvier 2002, les SSIAD sont tenus d'élaborer un certain nombre de documents permettant de garantir, à toute personne prise en charge, l'exercice de ses droits et libertés individuels. Ces documents sont : le projet de service, le règlement de fonctionnement, le document individuel de prise en charge, le livret d'accueil, le contact d'une personne qualifiée et l'enquête de satisfaction. L'étude régionale de 2007 révèle que pour chacun de ces documents, la Mayenne est le département des Pays de la Loire le plus en retard dans leur élaboration. Une démarche collective permettrait, entre autres, d'apporter une réponse concertée sur les situations exceptionnelles qui posent problème (cf. limites des interventions du SSIAD).
- Globalement, l'implantation des SSIAD est en cohérence avec celle des CLIC. On relève cependant trois anomalies :
 - Les communes de Saint-Georges-le-Flécharde et de Saulges relèvent du SSIAD de Meslay-du-Maine, mais du CLIC des Coëvrons.
 - La commune de la Haie-Traversaine relève du SSIAD d'Ambrières-les-Vallées, mais du CLIC May'âge (pays de Mayenne).
- Le décret n° 2004-613 du 25 juin 2004 a permis la mise en place de services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASD). Ceux-ci assurent les missions d'un SSIAD et les missions d'un service d'aide et d'accompagnement à domicile.
 - Avantages :
 - «Prise en charge plus adaptée à la globalité des besoins de la personne».
 - Réponse à des besoins non couverts (ce n'est pas le cas dans le département).
 - Augmentation possible du temps de travail pour les aides-soignants.
 - Inconvénients :
 - Mise en concurrence de services pour certaines situations – ces mêmes services étant appelés à travailler en partenariat pour d'autres situations.
 - Moindre lisibilité de l'offre pour les usagers.

Bibliographie :

- CRAM des Pays de la Loire, *Les services de soins infirmiers à domicile : moyens humains et financiers, évaluation et perspectives de fonctionnement*, janvier 2007. Etude complète et synthèse : www.cram-pl.fr/affaires/les_publications.html#ssiad
- DDASS de la Mayenne, *Activité des services de soins infirmiers à domicile pour personnes âgées (SSIAD) de la Mayenne – Année 2004*, juillet 2005 (10 pages).

Fiche-action

3.4.1 Augmenter la capacité des SSIAD

OBJECTIFS

- ▶ Permettre le soutien à domicile des personnes âgées nécessitant des soins d'hygiène ou des soins plus techniques, tout en permettant que ceux-ci soient réalisés par du personnel formé à cet effet (*infirmiers, aides-soignants*).
- ▶ Dès lors, éviter que ces soins, par défaut, ne soient réalisés par les aides à domicile ou des membres de la famille, alors qu'est établie une prescription médicale.

MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

- ▶ En 2007, les onze SSIAD du département disposent de 530 places pour les personnes âgées (*plus 19 pour les personnes handicapées*). Au regard des besoins immédiats et des projections démographiques, il conviendrait de créer environ 200 places d'ici 2012.

PORTEURS DU PROJET

- ▶ DDASS de la Mayenne.

BUDGET

- ▶ Assurance-maladie.

INDICATEURS D'ÉVALUATION

- ▶ Nombre de places année par année.
- ▶ Nombre de personnes non prises en charge par les SSIAD par manque de places (*après concertation pour une utilisation similaire par chaque SSIAD de l'outil que la CNSA a élaboré*).
- ▶ Nombre de personnes, avec prescription médicale, prises en charge par les services d'aide à domicile.

CALENDRIER

▶ 2008 à 2012

Fiche-action

3.4.2 Développer la qualité par l'élaboration de projets de service

OBJECTIFS

- ▶ Apporter un appui méthodologique aux infirmiers(ières) coordinateurs(rices) afin qu'ils(elles) puissent être en mesure d'animer, au sein de leur service, une démarche permettant d'aboutir à l'élaboration d'un projet de service et des autres outils prévus par la loi du 2 janvier 2002.
- ▶ Ainsi promouvoir une démarche qualité au niveau des onze SSIAD et harmoniser le plus possible les outils, dans la perspective d'une homogénéité des réponses mises en œuvre par les services et donc d'une certaine équité dans la prise en charge des usagers, tout en permettant d'adapter les projets de service aux spécificités de chaque SSIAD.
- ▶ Contribuer à améliorer le cadre de travail pour le personnel des SSIAD.
- ▶ Renforcer l'Association des infirmières coordinatrices, créée en 1990, dans son rôle d'interlocuteur auprès des partenaires institutionnels.

MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

- ▶ Accompagnement collectif auprès des infirmiers(ières) coordinateurs(rices) de SSIAD dans le cadre du DLA.

PORTEURS DU PROJET

- ▶ CEAS de la Mayenne, en charge du DLA dans le département.

BUDGET

- ▶ Intervention de l'organisme prestataire : 2 580 euros en 2007, pris en charge dans le cadre du DLA par l'État, la Caisse des Dépôts, le Conseil régional et l'Union européenne (*Fonds social européen*) + intervention 2008, dont le contenu sera à préciser après l'évaluation de la première phase de l'accompagnement.

INDICATEURS D'ÉVALUATION

- ▶ Réalisation effective de l'accompagnement.
- ▶ Création effective des outils prévus par la loi.
- ▶ Bilan qualitatif par les SSIAD à l'issue de l'accompagnement.
- ▶ Evaluation de la qualité des outils par la DDASS.

CALENDRIER

- ▶ fin 2007 et 1^{er} semestre 2008

Optimiser le dispositif de l'APA

CONTEXTE de l'APA à domicile

• **Fondement.**

L'APA, créée par la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001, représente l'action principale du Conseil général visant à fournir un soutien sous forme de prestation aux personnes âgées à domicile pour maintenir leur autonomie.

• **Définition.**

L'APA à domicile est une allocation ayant le caractère de prestation en nature accordée, sur sa demande, dans la limite des tarifs fixés par voie réglementaire, à toute personne attestant d'une résidence stable et régulière et remplissant les conditions d'âge (60 ans) et de perte d'autonomie (GIR 1 à 4) évaluée à l'aide d'une grille nationale (AGGIR) définie également par voie réglementaire. Elle doit être affectée aux différentes aides pour lesquelles elle a été accordée.

• **Évolutions.**

Le nombre d'allocataires à domicile a triplé depuis la mise en place, il y a cinq ans :

- 1 056 au 31 décembre 2002,
- 2 912 au 31 décembre 2006,
- 2 944 au 31 octobre 2007.

Dans le même temps, la dépense est cinq fois plus importante :

- 2 708 879 euros au 31 décembre 2002
- 11 352 012 euros au 31 décembre 2006.

Cependant, on constate une moindre progression sur les dernières années : entre 2005 et 2006, le nombre d'allocataires a augmenté de 11 % et la dépense de 9 %.

• **Quelques caractéristiques.**

Répartition selon le degré d'autonomie :

La répartition des personnes à domicile, selon leur degré d'autonomie, présente une relative stabilité. Au 31 octobre 2007, le nombre de personnes âgées est de :

58	(2 %)	en GIR 1
372	(13 %)	en GIR 2
561	(19 %)	en GIR 3
1 953	(66 %)	en GIR 4

Cette répartition (en pourcentage) est ainsi identique à la situation du mois de septembre 2006.

Montant moyen :

Le montant moyen, tous GIR confondus, est de 398 euros au 31 octobre 2007.

Il correspond au montant moyen par GIR, au niveau national, publié par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) au 30 juin 2006. 80 % des allocataires acquittaient, à cette date, une participation, du fait de leurs ressources, pour un montant moyen de 72 euros (en juin 2006, en France, le montant moyen mensuel de participation est de 109 euros, acquitté par 72 % des bénéficiaires).

Mode opératoire :

En Mayenne, on note que, de manière constante, le recours aux services prestataires est le choix largement majoritaire puisqu'il est retenu par 80 % des allocataires de l'APA.

40 % de ces allocataires bénéficient non seulement d'aides humaines, mais également d'une aide technique ou d'une participation à des frais de changes par exemple.



• L'organisation.

Au Conseil général, treize agents (12,3 ETP) au total sont affectés à la gestion de l'APA à domicile.

Équipes médico-sociales :

- Le médecin traitant est toujours membre de l'équipe médico-sociale de l'APA. Il assure l'évaluation du degré de l'autonomie du demandeur.
- Cinq travailleurs sociaux, sous la responsabilité d'un médecin territorial, assurent la visite au domicile afin d'élaborer le plan d'aide.
- Le médecin territorial valide le classement de l'autonomie et le plan d'aide qui seront proposés aux membres de la commission APA, avant la décision du président du Conseil général fixant le montant de l'APA.
- Les organismes de sécurité sociale, Caisse régionale d'assurance maladie (CRAM) et Mutualité sociale agricole (MSA), ayant recentré leurs interventions auprès des publics plus autonomes, n'ont pas renouvelé les conventions avec le Conseil général pour leur participation aux équipes médico-sociales.
- L'assistante du médecin territorial, outre ses fonctions propres, assure la permanence de l'accueil téléphonique.

Gestion administrative :

- Six personnes, dont cinq instructeurs et un agent chargé de l'animation et de la coordination, se répartissent géographiquement l'étude des droits administratifs, ainsi que la gestion complète des dossiers individuels de demandes et de révisions, jusqu'à la phase du paiement et du contrôle sur pièces de l'effectivité de l'aide.

• Les perspectives.

L'évolution des premières demandes demeure constante, avec un rythme, en 2007, toutefois légèrement inférieur aux cinq années précédentes.

L'activité n'en est pas moins intense, en raison de l'évolution du nombre de demandes de révisions liées à des changements de situations.

	Premières demandes	Révisions
au 31 décembre 2005	1 210	326
au 31 décembre 2006	1 142	695
au 30 septembre 2007	815	580

Désormais, sous réserve de nouvelles modifications législatives ou réglementaires, les axes de progrès devraient s'orienter vers l'évaluation de la qualité du service rendu et une réflexion sur la nature, le contenu, la cohérence et le sens des interventions.

Fiche-action

3.5.1 Réaliser une évaluation externe de la mise en œuvre de l'APA au domicile

OBJECTIFS

- ▶ Mesurer la qualité de la mise en œuvre du dispositif au domicile en identifiant les améliorations possibles, notamment par un renforcement du partenariat avec les CLIC et/ou les services d'aide à domicile.
- ▶ Évaluer la pertinence des réponses mises en œuvre au regard des besoins et de leur évolution.
- ▶ Évaluer, en particulier, la mise en œuvre du dispositif en emploi direct et au sein des résidences-services.

MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

- ▶ Relecture de l'étude réalisée par Acor Conseil sur les services à la personne en Mayenne (*contenus possibles sur la mise en œuvre de l'APA*).
- ▶ Etude des propositions du groupe de travail «Soutien à domicile» (10 mai 2007) :
 - Veiller à ce que le plan d'aide soit connu des professionnels intervenant au domicile.
 - Clarifier et distinguer la notion de plan d'aide (*contenu, sens qu'on lui donne, application*) de son financement au titre de l'APA à domicile.
 - Affiner le suivi et l'accompagnement du plan d'aide qui seraient nécessaires.
 - Réajuster les procédures de révision du plan d'aide en fonction de l'évolution de l'autonomie de la personne et de ses besoins, ainsi que les modalités de financement qui en découlent au titre de l'APA à domicile.
 - Assurer un contrôle de la qualité des interventions, que ce soit en emploi direct, en service mandataire ou prestataire (*associations, CCAS, entreprises privées*).
 - Engager une réflexion sur les conséquences d'un paiement à l'acte.
 - Responsabiliser les usagers par rapport à l'aide dont ils bénéficient (*information/sensibilisation/contractualisation ?*).
- ▶ Éventuellement diagnostic/recherche-action avec recours à un cabinet d'études extérieur.

PORTEURS DU PROJET

- ▶ Conseil général – Direction de la solidarité et de la cohésion sociale.

BUDGET

- ▶ Fonctionnement courant.
- ▶ Mise en œuvre du diagnostic/recherche-action.

INDICATEURS D'ÉVALUATION

- ▶ Réalisation du diagnostic/recherche-action.
- ▶ Mise en œuvre des préconisations.
- ▶ Satisfaction des acteurs concernés.

CALENDRIER

▶ 2008

3.6.1 Fiche-action

CONTEXTE

Constat d'une très grande diversité de réponses, de disparités dans l'offre selon les communes, de la fragilité de certains services (*limites du bénévolat*).

OBJECTIFS

- ▶ Favoriser le maintien de la personne âgée à son domicile, dès lors qu'elle le souhaite, lorsque son état de santé et/ou sa perte d'autonomie nécessite la mise en place d'une livraison de ses repas.
- ▶ Avoir une visibilité complète des services existants et communiquer sur les prestations proposées.
- ▶ Élaborer un guide pratique pour la mise en place et le fonctionnement d'un service, avec avantages et inconvénients des différents types de réponses (*y compris l'aide à la préparation du repas par une aide à domicile*).

MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

- ▶ Implication des CLIC pour l'inventaire des services existants (*création d'une grille d'enquête commune*).
- ▶ Mobilisation du Comité technique gérontologique et/ou d'un groupe de travail spécifique pour l'élaboration du guide pratique. Diffusion de celui-ci.
- ▶ Désignation d'une structure ou d'une personne ressources pour des conseils aux porteurs de projet.

PORTEURS DU PROJET

- ▶ Conseil général – Direction de la solidarité et de la cohésion sociale, en partenariat avec la Direction des services vétérinaires, le Comité technique gérontologique, les CLIC, les structures qui gèrent actuellement un service.

BUDGET

- ▶ Fonctionnement courant (*recours éventuellement à un ou des stagiaires*).

INDICATEURS D'ÉVALUATION

- ▶ Élaboration effective du guide pratique.
- ▶ Couverture du département par un service de portage de repas.
- ▶ Respect des dispositions réglementaires et des orientations définies au niveau du département ; continuité de services.

CALENDRIER

▶ à partir de 2008

Développer l'hébergement temporaire comme solution alternative

CONTEXTE

- L'hébergement temporaire en établissement s'adresse «aux personnes âgées dont le maintien à domicile est momentanément compromis du fait d'une situation de crise : isolement, absence des aidants, départ en vacances de la famille, travaux dans le logement. Il peut aussi s'utiliser comme premier essai de vie en collectivité avant l'entrée définitive en établissement, ou servir de transition avant le retour à domicile après une hospitalisation, mais ne doit pas se substituer à une prise en charge en soins de suite» (circulaire du 16 avril 2002).
- Pour l'entourage, l'hébergement temporaire vise avant tout à lui offrir des périodes de répit.
- En Mayenne, on compte 96 places en hébergement temporaire en 2007, dont 24 à la maison d'accueil de Saulges. Ces 96 places, rapportées à la population des 75 ans ou plus recensée en 1999 (y compris ceux déjà en établissement), correspondent à 3,9 places pour 1 000. De prime abord, on constate un léger déficit de places dans le sud du département.
- L'hébergement temporaire est maintenant connu tant des professionnels que des familles, qui l'intègrent comme une solution alternative, et les places proposées apparaissent insuffisantes. Ceci d'autant plus que le manque de places en établissement aboutit parfois à transformer l'hébergement temporaire en hébergement définitif «déguisé», ce qui pénalise les demandeurs potentiels pour lesquels l'hébergement temporaire a réellement été mis en place.
- Lors des réunions de travail, les responsables d'établissement ont rappelé que le GIR en hébergement temporaire n'est pas pris en compte dans l'allocation des dotations budgétaires, ce qui ne permet pas d'augmenter les moyens humains et de prendre en charge le travail supplémentaire qu'exige l'accueil de personnes très dépendantes.
- Globalement, l'orientation qui s'est dégagée du groupe de travail traitant de l'hébergement temporaire a été de privilégier la répartition des places d'hébergement temporaire dans les établissements existants (proximité), afin de répondre à l'objectif de préparer un accueil permanent.



L'hébergement temporaire en Mayenne (2007)

CLIC	ETABLISSEMENTS	HÉBERGEMENT TEMPORAIRE		PERSONNES ÂGÉES 75 ANS OU PLUS EN 1999	RATIO (POUR 1 000)
Pays de Château-Gontier	Chemazé	2	5	2 221	2,3
	Saint-Denis-d'Anjou	3			
Sud-ouest mayennais «Alli'âge»	Ballots	1	5	2 829	1,8
	Méral	1			
	Renazé	2			
	Saint-Saturnin-du-Limet	1			
Pays de l'Ernée et du Bocage mayennais «Boc'âge»	Ambrières-les-Vallées	1	16	4 534	3,5
	Baconnière (La)	1			
	Croixille (La)	3			
	Ernée	4			
	Fougerolles-du-Plessis	2			
	Gorron	1			
	Juvigné	1			
	Landivy	2			
	Saint-Denis-de-Gastines	1			
Pays des Coëvrons «Coëvrons»	Bais	2	35	2 800	12,5
	Evron	6			
	Montsûrs	1			
	Saulges	24			
	Soulgé-sur-Ouette	1			
	Vaiges	1			
Laval-agglomération	Laval (Epine)	8	15	5 545	2,7
	Laval (Hestia)	5			
	Saint-Berthevin	2			
Pays de Loiron	Bourgneuf-la-Forêt (Le)	1	3	1 026	2,9
	Port-Brillet	2			
Pays de Mayenne «May'âge»	Alexain	1	7	2 054	3,4
	Martigné-sur-Mayenne	1			
	Mayenne (Providence)	2			
	Oisseau	3			
Pays de Meslay-Grez	Meslay-du-Maine	3	3	1 034	2,9
Pays du Haut-Maine et Pail	Javron-les-Chapelles	1	7	2 647	2,6
	Lassay (Saint-Fraimbault)	3			
	Pré-en-Pail	1			
	Villaines-la-Juhel	2			
TOTAL		96		24 690 ^(*)	3,9

(*) Estimation INSEE pour 2005 : 27 160 personnes âgées de 75 ans ou plus

Source : Conseil général

Fiche-action

3.7.1 Recentrer l'hébergement temporaire sur sa fonction initiale

OBJECTIFS

- ▶ Disposer effectivement de places en hébergement temporaire permettant de répondre, dans la proximité, à une situation compromettant momentanément le maintien à domicile, et/ou de préparer un hébergement permanent.
- ▶ Éviter l'utilisation de l'hébergement temporaire en hébergement permanent, même en cas de manque de places.
- ▶ Limiter strictement à 90 jours, par an et par personne âgée, la durée totale du ou des séjours en hébergement temporaire.

MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

- ▶ Mission d'observation et de contrôle de la durée annuelle de séjour des personnes âgées en hébergement temporaire.
- ▶ Recherche collective de solutions en cas de dépassement de la durée autorisée.

PORTEURS DU PROJET

- ▶ Conseil général – Direction de la solidarité et de la cohésion sociale.

BUDGET

- ▶ Fonctionnement courant.

INDICATEURS D'ÉVALUATION

- ▶ Niveau d'occupation de l'hébergement temporaire par établissement.
- ▶ Nombre de personnes âgées bénéficiaires.
- ▶ Nombre de dépassements de la durée maximale autorisée.

CALENDRIER

▶ 2008 à 2012

Fiche-action

3.7.2 Augmenter l'offre de proximité en hébergement temporaire

OBJECTIFS

- ▶ Disposer effectivement de places en hébergement temporaire permettant de répondre, dans la proximité, à une situation compromettant momentanément le maintien à domicile, et/ou de préparer un hébergement permanent.
- ▶ Créer une trentaine de nouvelles places d'hébergement temporaire prioritairement dans les établissements qui n'en sont pas dotés, tout en veillant à une implantation homogène sur l'ensemble du département.

MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

- ▶ Négociation avec les établissements, notamment à l'occasion de la préparation des conventions tripartites et/ou de la mise en œuvre de travaux.
- ▶ Mise en place d'un groupe de travail pour réfléchir à des mesures incitatives tant pour les usagers que pour les établissements (*maintien de l'APA à domicile...*).

PORTEURS DU PROJET

- ▶ Conseil général – Direction de la solidarité et de la cohésion sociale. DDASS.

BUDGET

- ▶ Non finalisé au 01/12/07

INDICATEURS D'ÉVALUATION

- ▶ Nombre de places en hébergement temporaire, en Mayenne et par territoire (*CLIC*).
- ▶ Niveau d'occupation de l'hébergement temporaire par établissement.

CALENDRIER

▶ 2008 à 2012

Développer un réseau d'accueillants familiaux pour personnes âgées

CONTEXTE

- A titre onéreux et de façon continue, une personne âgée (ou un adulte handicapé) peut être accueillie au domicile d'une personne ou d'une famille («accueillant familial»), qui a obtenu préalablement un agrément délivré par le président du Conseil général.
- De par la loi, les Conseils généraux ont en charge :
 - l'agrément des accueillants familiaux ;
 - leur formation initiale et continue ;
 - leur suivi social et médico-social ;
 - le contrôle des conditions d'accueil.
- Le premier schéma n'avait pas retenu, comme orientation, le développement d'un réseau de familles d'accueil pour deux raisons essentielles :
 - les risques d'épuisement pour les familles d'accueil quand aucune organisation collective ne permet la prise de congés, voire des temps de repos.
 - le risque d'une concurrence vis-à-vis des établissements, caractérisés alors par une forte densité, en particulier dans certaines zones du département.
- Malgré la campagne de communication que le Conseil général a lancée en 2003 pour promouvoir l'accueil familial d'une façon générale (tous publics susceptibles d'être accueillis), cette solution est restée peu développée en Mayenne pour les personnes âgées, comparativement à d'autres départements limitrophes. Au 1^{er} août 2007, la Mayenne compte trois accueillants familiaux de personnes âgées (à Craon, Gesvres et Saint-Cyr-en-Pail) pour un total de cinq places. Cependant, le Conseil général compte également une cinquantaine d'accueillants familiaux d'adultes handicapés, qui assurent l'accueil permanent ou temporaire d'environ 70 personnes.
- Actuellement, la direction aux personnes âgées et aux personnes handicapées est en mesure d'instruire les demandes d'agrément (personnes âgées ou adultes handicapés), mais sans évaluation par un travailleur social et/ou un psychologue. Par ailleurs, la direction a mis en place un programme de formation, mais elle n'a pas encore pu le mettre en œuvre. Le suivi social et médico-social est réalisé au minimum, le plus souvent lorsque survient une difficulté particulière.
- Toutes ces dernières années, un chargé de mission, salarié de l'UDAF, dont le poste est financé par trois partenaires (Conseil général, MSA et UDAF), a assuré l'animation et la coordination d'un réseau d'accueil social en milieu rural, lequel inclut, notamment, l'accueil familial des personnes âgées et adultes handicapés. Ce professionnel réalise une mission de promotion de l'accueil familial et une mission de conseil auprès des candidats accueillants familiaux.
- Par ailleurs, un groupe privé développe actuellement le concept Villa Family : dans une résidence construite spécifiquement, deux familles accueillent chacune trois personnes âgées. Une résidence sera ainsi opérationnelle à Saint-Pierre-sur-Orthe début 2008. Deux autres communes mayennaises souhaitent développer le même projet.

Conditions de mise en œuvre :

- Implication financière de la collectivité locale (mise à disposition d'un terrain viabilisé).

Freins :

- Montage assez complexe avec intervention de nombreux acteurs (dont investisseurs privés qui acquièrent les appartements pour les louer).
- Réussite très liée aux compétences professionnelles et aux qualités humaines des deux accueillants familiaux et à la bonne entente entre eux.
- Appartement étroits (chambre + salle d'eau : 16m²).
- Coût relativement élevé pour les personnes accueillies (mais aides possibles).

Conséquences positives :

- Solution alternative à l'entrée en établissement, ce qui augmente les choix possibles pour les personnes âgées et peut éviter la nécessité d'augmenter la capacité d'accueil en établissement, dans certains territoires, du fait de la pression démographique.
- Réalisation d'investissements dans la commune, création de deux emplois et développement d'une nouvelle activité.
- Présence sur le site de deux accueillants familiaux, ce qui règle le problème du remplacement et de la continuité du service.
- Salariat des accueillants familiaux par un groupement d'employeurs sous forme associative et une union nationale pour la coordination et la gestion des groupes d'employeurs.
- Association créée localement avec fonction de veille et d'interface.
- Appartement disponible pour accueillir ponctuellement des membres de la famille des personnes accueillies.

- Le travail exploratoire a également fait apparaître des demandes d'accueil familial temporaire – lequel est soumis aux mêmes exigences d'ordre réglementaire –. En pratique, cette forme d'accueil répondrait aux mêmes besoins que l'hébergement temporaire en établissement.

Bibliographie :

- UDAF de la Mayenne, *L'accueil familial social pour personnes âgées*, mai 2007, 10 pages.
- *L'accueil familial des adultes*, Actualités Sociales Hebdomadaires, supplément au n° 2458 des ASH du 2 juin 2006, 73 pages.
- Fédérations nationales CIVAM et Accueil Paysan, *Mettre en place l'accueil familial social de personnes âgées et d'adultes handicapés en milieu rural*, avril 2007, 80 pages (www.famidac.net/IMG/pdf/GuideAccueil-paysan-limousin.pdf).
- Christelle Baudson, *L'accueil familial des personnes âgées : la réalité au quotidien*, mémoire pour le diplôme d'État d'assistant de service social, IRTS de Lorraine, Nancy, juin 2007 (www.famidac.net/article1448.html).

Sitographie :

- www.famidac.net/
(site de Famidac, l'association des accueillants familiaux et de leurs partenaires).

Fiche-action

3.8.1 Accompagner le développement d'un réseau d'accueillants familiaux pour personnes âgées

OBJECTIFS

- ▶ Compte tenu de l'augmentation du nombre de personnes âgées dans les cinq à dix ans à venir, développer un réseau d'accueillants familiaux pour les personnes âgées de façon à, non seulement, offrir à celles-ci une solution alternative, mais aussi, concrètement, à pallier le manque de places en établissement.
- ▶ Sur la période 2008-2012, aboutir à une structure d'accueil familial (*une à six places*) par territoire. L'objectif sera réajusté en fonction des bilans réalisés annuellement (*places occupées / places vacantes*).

MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

- ▶ Renforcement des moyens humains de la direction aux personnes âgées et aux personnes handicapées pour pouvoir assurer le suivi social et médico-social des accueillants familiaux (*personnes âgées et adultes handicapés*) et ainsi se conformer aux obligations légales qui incombent au Conseil général. Possibilité de confier cette mission aux évaluateurs APA, mais cela suppose de pouvoir en renforcer les effectifs (*deux postes supplémentaires ?*).
- ▶ Mise en œuvre de la formation initiale et continue pour les accueillants familiaux (*autre obligation légale*).
- ▶ Promotion des dispositifs d'accueil existants et information sur les besoins, notamment auprès des personnes en formation initiale pour devenir assistantes de vie ou auxiliaires de vie sociale.

PORTEURS DU PROJET

- ▶ Conseil général – Direction de la solidarité et de la cohésion sociale, en partenariat avec la MSA et l'UDAF.

BUDGET

- ▶ Renforcement des effectifs pour le suivi social et médico-social des accueillants familiaux.
- ▶ Promotion du dispositif (*convention UDAF*).

INDICATEURS D'ÉVALUATION

- ▶ Nombre d'accueillants familiaux et de personnes âgées accueillies, par territoire, au 31 décembre de chaque année, ainsi que les places vacantes.
- ▶ Caractère effectif du suivi social et médico-social.
- ▶ Mise en œuvre effective de la formation initiale et continue.
- ▶ Impact de l'information au sein des centres de formation sur les dispositifs d'accueil et sur les besoins d'accueillants familiaux (*tous publics*).

CALENDRIER

▶ 2008 à 2012

Fiche-action

3.8.2 Préciser les critères d'agrément des accueillants familiaux

OBJECTIFS

- ▶ Au-delà du cadre légal, établir un règlement départemental qui précise les critères d'agrément des accueillants familiaux et les modalités de fonctionnement.
- Conditions minimales à remplir pour accueillir des personnes âgées tout en assurant leur santé, leur sécurité, leur bien-être physique et moral.
- Définition des conditions de remplacement recevables (*en cas d'impossibilité, temporaire ou définitive, d'assurer l'accueil*).
- Conditions minimales à remplir concernant l'état, les dimensions et l'environnement du logement.
- Définition du contenu de la formation initiale et continue qui est obligatoire.
- Modalités des visites sur place pour le contrôle et le suivi social et médico-social.

MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

- ▶ Validation du règlement et diffusion.

PORTEURS DU PROJET

- ▶ Conseil général – Direction de la solidarité et de la cohésion sociale.

BUDGET

- ▶ Fonctionnement courant.

INDICATEURS D'ÉVALUATION

- ▶ Validation effective du règlement d'ici le 30 juin 2008.
- ▶ Pertinence de son contenu au regard de son utilisation par les services du Conseil général ou par d'autres acteurs locaux, en particulier les CLIC (*bilan annuel*).

CALENDRIER

- ▶ Premier semestre 2008

Fiche-action

3.8.3 Accompagner tout porteur de projet à but non lucratif susceptible de développer un concept original dans le département

OBJECTIFS

Faciliter le développement d'un réseau d'accueillants familiaux en encourageant les initiatives partenariales, reproductibles, sans recherche de profit, apportant notamment une réponse au problème du remplacement des accueillants familiaux.

MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

- Appui méthodologique au porteur du projet par les services du Conseil général.
- Recherche de partenaires financeurs pour la réalisation des études de faisabilité.

PORTEURS DU PROJET

Conseil général – Direction de la solidarité et de la cohésion sociale.

BUDGET

- Fonctionnement courant.
- Participation financière éventuelle aux études de faisabilité.

INDICATEURS D'ÉVALUATION

- Nombre de porteurs de projet ayant pris contact et engagé une étude de faisabilité avec l'appui méthodologique (*éventuellement financier*) du Conseil général.
- Aboutissement d'un projet et nombre de postes d'accueillant familial créés.

CALENDRIER

► 2008 à 2012

Fiche-action

3.8.4 Evaluer les réponses à caractère innovant

OBJECTIFS

- ▶ Évaluer les réponses à caractère innovant de façon à conseiller utilement les collectivités locales qui souhaiteraient impulser une initiative similaire.
- ▶ Observer plus particulièrement l'éventuelle vacance, le profil des personnes accueillies, leur zone de recrutement.
- ▶ Réaliser une évaluation qualitative qui implique :
 - les personnes accueillies et leur famille ;
 - les accueillants familiaux ;
 - les éventuels intervenants sociaux ou médico-sociaux ;
 - la collectivité locale partenaire.

MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

- ▶ Enquête par entretien réalisée en interne (*éventuel recours à un prestataire ou à un étudiant*).

PORTEURS DU PROJET

- ▶ Conseil général – Direction de la solidarité et de la cohésion sociale.

BUDGET

- ▶ Fonctionnement courant (*sauf recours à un prestataire ou à un étudiant*).

INDICATEURS D'ÉVALUATION

- ▶ Réalisation effective des évaluations.
- ▶ Utilité pour les collectivités locales manifestant de l'intérêt pour le concept.

Établissements

4

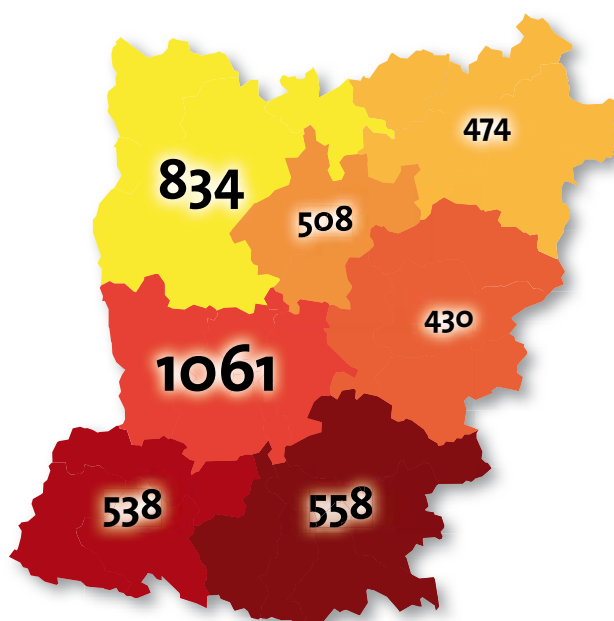
- Objectif 4.1 :** Déterminer l'offre nécessaire, à terme, au regard des perspectives d'évolution tant sur le plan démographique que sur le plan de la dépendance p. 80
- Fiche-action 4.1.1 : Harmoniser la capacité d'accueil sur l'ensemble du département p. 88
- Objectif 4.2 :** Favoriser les opérations de rénovation et de restructuration ... p. 89
- Fiche-action 4.2.1 p. 89
- Objectif 4.3 :** Favoriser le rapprochement des établissements par des mutualisations ou des fusions p. 90
- Fiche-action 4.3.1 p. 91
- Objectif 4.4 :** Faire en sorte que les établissements proposent un service de qualité p. 92
- Fiche-action 4.4.1 p. 92
- Objectif 4.5 :** Conseiller les élus locaux sur les résidences-services p. 93
- Fiche-action 4.5.1 p. 94
- Objectif 4.6 :** Explorer la problématique du vieillissement des personnes handicapées p. 95
- Fiche-action 4.6.1 p. 96

Déterminer l'offre nécessaire, à terme, au regard des perspectives d'évolution tant sur le plan démographique que sur le plan de la dépendance

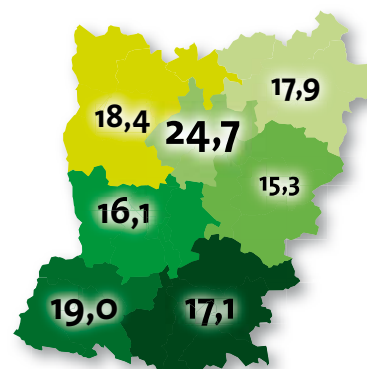
1) CONTEXTE : approche quantitative et perspectives

- Le taux d'équipement de la Mayenne a la réputation d'être élevé. De fait, au 1^{er} janvier 2005, en rapportant le nombre total de places en USLD, EHPAD et foyer-logement à 100 personnes âgées de 75 ans ou plus, on obtient un taux de 19,3 %. Dans les Pays de la Loire, le Maine-et-Loire a un taux nettement plus élevé (22,4 %). La moyenne régionale s'établit à 18,8 % et la moyenne nationale à 14,2 % (source : *La santé observée dans les Pays de la Loire*, éd. 2007, page 173).
- A l'intérieur du département, une approche par territoire, révèle certaines disparités⁽¹⁾. Cependant, une approche sur les 75 ans ou plus n'apparaît plus guère pertinente, à plus forte raison qu'on est obligé de se référer au recensement de 1999

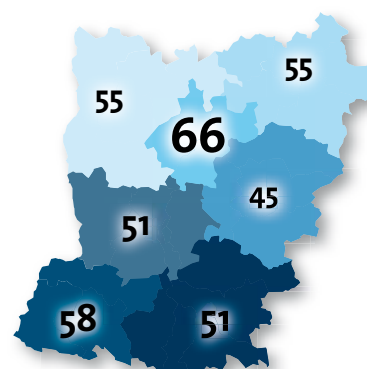
Répartition du nombre de places USLD + EHPAD, par zone (2007)



Ratio USLD+EHPAD pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus en 1999 (%)



Ratio USLD+EHPAD pour 100 personnes âgées de 85 ans ou plus en 1999 (%)



⁽¹⁾ Seuls ont été pris en compte les USLD et EHPAD.

En outre, les statistiques s'appuient sur le recensement de 1999

L'hébergement permanent en Mayenne (2007)

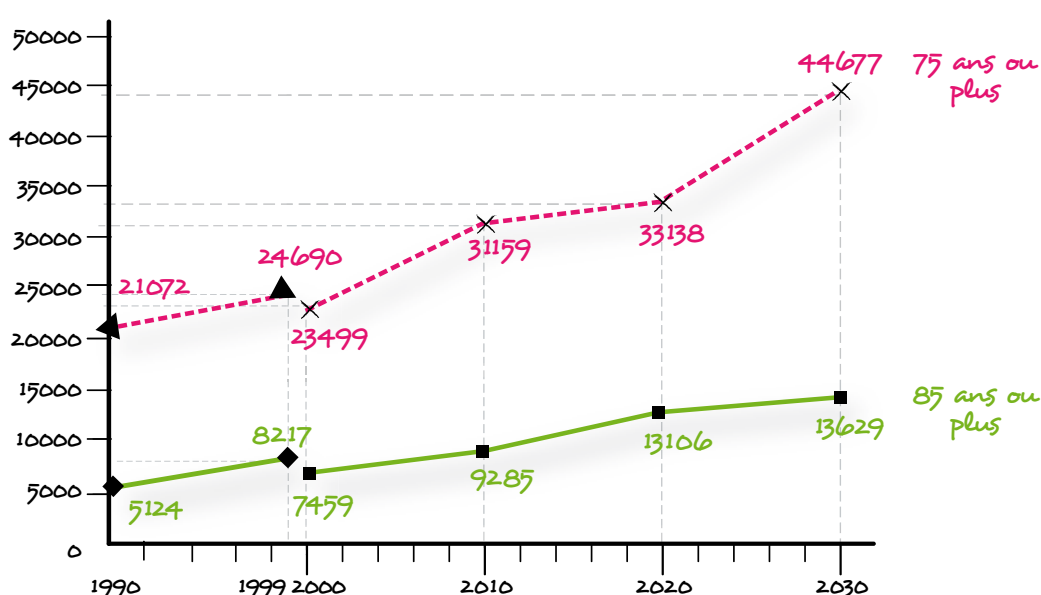
ZONE	ÉTABLISSEMENTS	USLD	EHPAD	AUTRES ⁽¹⁾	PERSONNES ÂGÉES 75 ANS OU PLUS EN 1999	RATIO USLD + EHPAD (POUR 100)
Zone de Laval-Loiron	Bonchamp		10	38		
	Bourgneuf-la-Forêt (Le)		71			
	Changé		60			
	Huisserie (L')		80			
	Laval		700	57		
	Louverné			120		
	Port-Brillet		60			
	Saint-Berthevin		80			
	Saint-Ouen-des-Toits			22		
	TOTAL		1 061	237	6 571	16,1 %
Zone des Coëvrons	Bais		74	18		
	Evron		170	52		
	Montsûrs		90			
	Sainte-Suzanne			36		
	Soulgé-sur-Ouette		42			
	Vaiges		54			
	TOTAL		430	106	2 800	15,3 %
Zone du Haut-Maine-et-Pail	Horps (Le)			29		
	Javron-les-Chapelles		79			
	Lassay-les-Châteaux		190			
	Pré-en-Pail		43			
	Saint-Pierre-des-Nids		35			
	Villaines-la-Juhel		127	20		
	TOTAL		474	49	2 647	17,9 %
Zone de Mayenne	Alexain		48			
	Martigné-sur-Mayenne		75			
	Mayenne	100	207	50		
	Oisseau		32			
	Saint-Fraimbault-de-Prières.		46			
	TOTAL	100	408	50	2 054	24,7 %
Zone d'Ernée et du Bocage mayennais	Ambrières-les-Vallées		98			
	Baconnière (La)		48			
	Chailland			24		
	Chantrigné		26			
	Châtillon-sur-Colmont			19		
	Croixille (La)		27			
	Ernée		160	40		
	Fougerolles-du-Plessis		68			
	Gorron		102			
	Juvigné		38			
	Landivy		44			
	Montaudin			41		
	Montenay		26			
	Pas (Le)		34			
	Pontmain		83	72		
	TOTAL		834	196	4 534	18,4 %
Zone de Château-Gontier et Meslay-du-Maine	Château-Gontier	125	179			
	Chemazé		37			
	Saint-Denis-d'Anjou		77			
	Saint-Fort			120		
	Ballée			20		
	Bouère		60			
	Meslay-du-Maine		80			
	TOTAL	125	433	140	3 255	17,1 %
Zone de Craon	Ballots		42			
	Cossé-le-Vivien		77			
	Craon	38	127	85		
	Méral		64			
	Quelaines-Saint-Gault			30		
	Renazé	28	53			
	Saint-Aignan-sur-Roë		50			
	Saint-Saturnin-du-Limet		59			
	TOTAL	66	472	115	2 829	19,0 %
DÉPARTEMENT DE LA MAYENNE*		291	4 112	893	24 690	17,8 %

⁽¹⁾ Foyer-logement, résidence service, MARPA
Source : Conseil général

Objectif 4.1

- Cet état des lieux de l'hébergement permanent est trop sommaire pour permettre des conclusions définitives sur la situation actuelle et, surtout pour fonder une approche prospective.
- Le tableau ci-après met en perspective les évolutions sur la décennie 1990-1999 et les projections de population jusqu'en 2030. Établies sur la base du recensement de 1999, les projections sur les 75 ans ou plus sont probablement proches de ce que sera la réalité, au moins en 2010, dans la mesure où les facteurs mortalité et migrations entraînent généralement peu d'écarts entre les chiffres des projections et ceux, à terme, des recensements. Ainsi, les estimations de 2005⁽¹⁾ sont en cohérence avec la tendance prévue sur la décennie 2000-2010.

Les personnes âgées en Mayenne (75 ans ou plus - 85 ans ou plus)



Source : INSEE - RGP 1990 et 1999, Projections Omphale 2000 à 2030

- On constate une forte augmentation des 85 ans ou plus entre 1990 et 1999 (+ 2 895 sur la base des recensements de population, soit + 54 %). Cette très forte augmentation des 85 ans ou plus ne s'est pas accompagnée d'un développement conséquent de l'offre en établissement. Pour autant, elle n'a pas généré une pression particulière.
- Pour tenter de préciser les besoins pour 2010 et 2020, nous avons utilisé comme bases territoriales :
 - Les zones d'action sociale (ZAS), en regroupant Laval agglomération et pays de Loiron (la ZAS du pays de Mayenne pose surtout problème car l'impact du Centre hospitalier du Nord-Mayenne va au-delà du pays).
 - Les grandes zones retenues par l'INSEE pour ses projections démographiques, soit :
 - La zone de Laval-Loiron.
 - La zone des Coëvrons.
 - La zone Nord-Mayenne.w
 - La zone Sud-Mayenne.
- Par ailleurs, nous avons fait porter la réflexion sur les 85 ans ou plus, ce qui nous semble en cohérence avec l'âge moyen d'entrée en établissement. Cependant, il s'agit bien d'une approche théorique dans la mesure où les USLD et les EHPAD accueillent également des personnes âgées de moins de 85 ans.

⁽¹⁾ En 2005, en Mayenne, selon les estimations de l'INSEE, 27 160 personnes âgées de 75 ans ou plus ; 6 038 personnes âgées de 85 ans ou plus : diminution conjoncturelle liée à la faible natalité durant la Première Guerre mondiale et à la mortalité durant la Seconde Guerre mondiale.

Ratio USLD+EHPAD en 2007 / 85 ans ou plus (%)

TERRITOIRE	Population 85 ans ou plus en 1999	USLD+EHPAD en 2007	Autres hébergements en 2007	Ratio USLD+EHPAD / 85 ans ou plus	Population 85 ans ou plus en 2010 (scénario central)	Ratio USLD+EHPAD / 85 ans ou plus en 2010	Population 85 ans ou plus en 2020 (scénario central)	Ratio USLD+EHPAD / 85 ans ou plus en 2020
Zone de Laval-Loiron	2 087	1 061	237	51 %	2 488	43 %	3 666	29 %
Zone des Coëvrons	963	430	106	45 %	998	43 %	1 422	30 %
Pays du Haut-Maine-et-Pail	866	474	49	55 %	962	49 %	1 388	34 %
Pays de Mayenne	766	508	50	66 %	824	62 %	1 189	43 %
Pays de l'Ernée et du Bocage mayennais	1 513	834	196	55 %	1 649	51 %	2 379	35 %
Zone Nord-Mayenne	3 145	1 816	295	58 %	3 435	53 %	4 956	37 %
Pays de Château-Gontier et Meslay-Grez	1 090	558	140	51 %	1 226	46 %	1 676	33 %
Pays de Craon	932	538	115	58 %	1 045	51 %	1 428	38 %
Zone Sud-Mayenne	2 022	1 096	255	54 %	2 271	48 %	3 104	35 %
ENSEMBLE	8 217	4 403	893	54 %	9 192	48 %	13 148	33 %

Source : INSEE - RGP et Projections de population

- En 2010, par rapport à la moyenne départementale (48 %), on constate un sur-équipement dans la zone Nord-Mayenne et un sous-équipement dans les zones de Laval-Loiron et des Coëvrons.
- Sur la base actuelle (54 %), il conviendrait de créer environ 560 places dans le département d'ici 2010, mais un tel objectif n'apparaît pas cohérent eu égard aux constats et à l'expérience de la décennie 1990-1999.

Places théoriquement nécessaires en 2010, par rapport à la situation actuelle, pour se situer dans la moyenne départementale sur la base des 54 % de 1999

Zone de Laval-Loiron	+ 283
Zone des Coëvrons	+ 109
Zone Nord-Mayenne	+ 39
Zone Sud-Mayenne	+ 130
Ensemble	+ 561

- Par contre, sur la base des 48 % de 2010, il ne conviendrait pas de créer de places en Mayenne, sous réserve d'un rééquilibrage entre le Nord-Mayenne (excédentaire) et la zone centrale (déficitaire). Une option pourrait consister à conserver l'équipement du Nord-Mayenne pour anticiper les fortes évolutions démographiques entre 2010 et 2020.

Objectif 4.1

Places théoriquement nécessaires en 2010, par rapport à la situation actuelle, pour se situer dans la moyenne départementale sur la base des 54 % de 1999

Zone de Laval-Loiron	+ 133
Zone des Coëvrons	+ 49
Zone Nord-Mayenne	- 167
Zone Sud-Mayenne	- 6
Ensemble	+ 9

- D'ici 2020, sur la base des 48 % de 2010, il conviendrait de créer quelque 1 900 places en établissement (le nombre de personnes âgées de 85 ans ou plus augmentera d'environ 3 800 entre 2010 et 2020, soit + 41 %). Cette perspective inédite est sans doute à anticiper dès maintenant. Les réponses relèvent d'une politique de création, mais aussi de soutien à domicile.

Facteurs susceptibles d'influencer les besoins de places en établissement

Positifs	Négatifs
• Vieillesse des personnes handicapées. • Fin de vie de personnes atteintes de troubles cognitifs ou psycho-comportementaux ayant bénéficié des progrès de la médecine ces dix à quinze dernières années. • Moindre prise en charge par les aidants naturels (moins nombreux, plus éloignés géographiquement). • Moindre offre médicale au domicile des professionnels de santé.	• Développement des services de soutien à domicile (plus grande capacité à prendre en compte des situations de dépendance et/ou de perte d'autonomie). • Développement d'un réseau de familles d'accueil. • «Médicalisation» des établissements pour prendre en charge les situations les plus lourdes (forte rotation du fait d'une durée de vie en établissement de plus en plus courte). Impact en termes d'image. • Moindres ressources financières des usagers et de leur famille, et coûts d'hébergement. • Progrès de la médecine et choix éthiques liés à la fin de vie.

- La même démarche, en prenant en compte les 75 ans ou plus, n'apparaît guère réaliste : sur la base de l'équipement actuel (4 403 places pour 24 690 personnes âgées de 75 ans ou plus, soit 18 %), elle aboutit à un besoin d'environ 1 200 places supplémentaires dans le département d'ici 2010...
- En conclusion, en prenant comme option de ne pas toucher à l'équipement du Nord-Mayenne dans la perspective des évolutions démographiques 2010-2020, on pourrait préconiser la création d'environ 200 places dans la zone centrale Laval-Loiron-Coëvrons. Un tel objectif serait en cohérence avec les 40 places prévues annuellement par le PRIAC d'ici 2011.
- Une enquête réalisée en août/septembre 2007, auprès des établissements mayennais, confirme les besoins dans l'agglomération lavalloise. Ainsi, le questionnaire demandait combien de personnes, domiciliées précédemment à Laval ou dans les communes périphériques, ces établissements avaient-ils accueillies en hébergement définitif, soit en 2006, soit au 1^{er} semestre 2007. Trente-neuf structures ont répondu : à elles seules, elles ont ainsi accueilli 72 personnes âgées, dont 26 «par manque de places dans le pays de Laval» durant la période de référence (dix-huit mois).



- Une autre enquête a porté sur les listes d'attente des établissements lavallois, ainsi que celle d'Euro-lat, à Saint-Berthevin⁽¹⁾. Ces listes d'attente sont difficiles à utiliser car elles ne sont pas nécessairement réactualisées et elles contiennent un certain nombre d'incohérences. Globalement, avec précautions, on peut dégager les enseignements suivants :
 - Au minimum une personne sur quatre est inscrite au moins dans deux établissements différents ⁽²⁾.
 - Environ 20 % font l'objet d'une inscription «en urgence» (les autres inscriptions étant «par précaution»).
 - Les inscriptions en urgence, enregistrées en 2007, représentent environ 14 % de l'ensemble des inscrits (hors doublons), soit 130 inscriptions en urgence au premier semestre 2007. Cependant, cette approche quantitative n'est pas pondérée par le fait que l'«urgence» génère probablement des inscriptions dans de nombreux établissements, y compris hors des neuf concernés par l'enquête.
- En extrapolant les résultats d'une enquête téléphonique auprès de personnes sur liste d'attente ou auprès de leur famille, on peut avancer qu'environ 21 % des personnes sur liste d'attente sont réellement en attente d'une place (32 % étant déjà en établissement et 42 % n'étant pas prêtes à entrer en établissement). On aboutirait ainsi à un besoin théorique d'environ 195 places.
- Par ailleurs, l'enquête mensuelle du Conseil général auprès des établissements, sur les places disponibles, confirme les besoins dans la zone centrale du département, et plus particulièrement dans le pays des Coëvrons (1,33 place disponible, en moyenne, au premier semestre 2007) et pour Laval agglomération Ouest et pays de Loiron (5,67 – ce qui reste peu compte tenu des rotations). Certes, le nombre de places disponibles est plus élevé pour Laval agglomération Est (10,50).
- Les réunions territorialisées ont globalement confirmé une implantation dense et homogène dans les territoires. Seule la situation du Haut-Maine-et-Pail a suscité du débat avec une forte implantation à Lassay-les-Châteaux (190 places), au détriment d'autres pôles urbains du territoire, tel Pré-en-Pail.

2) CONTEXTE de l'APA en établissement

• Fondement et définition.

L'APA en établissement, également créée par la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001, est accordée aux personnes accueillies dans un EHPAD, dont le degré d'autonomie est évalué selon le classement de GIR 1 à 4 au regard de la grille nationale AGGIR.

Elle est égale au montant des dépenses correspondant au degré de perte d'autonomie dans le tarif de l'établissement afférent à la dépendance, diminué d'une participation de tout bénéficiaire de l'APA (égale au montant du tarif GIR 5/GIR 6) et d'une participation éventuelle liée aux ressources.

⁽¹⁾ L'EHPAD de l'Huisserie, entre autres, n'a pas répondu.

⁽²⁾ Les listes d'attente des trois établissements du CCAS de Laval sont ici regroupées.

Objectif 4.1

• Évolution.

À la différence de l'APA à domicile, la progression du nombre de bénéficiaires de l'APA en établissement s'est révélée moins sensible :

- 2 743 au 31 décembre 2002,
- 3 680 au 31 décembre 2006.

Le GIR moyen pondéré (GMP) est un indicateur de la dépendance en EHPAD autonomes. Le GMP moyen évolue régulièrement chaque année de manière sensible :

2002	2003	2004	2005	2006	Années
615	618	627	649	660	GMP moyen

Le GMP le plus faible est de 531 et le plus élevé de 826.

Le nombre d'EHPAD dont le GMP est supérieur à 700 a évolué également de manière très sensible au cours des deux dernières années :

2002	2003	2004	2005	2006	Années
6	4	2	11	16	Nombre d'EHPAD GMP > 700

L'évolution des dépenses APA en établissement a doublé entre 2002 et 2006 :

- au 31 décembre 2002 : 6 089 556 euros,
- au 31 décembre 2006 : 12 254 565 euros.

• Quelques caractéristiques.

Répartition selon le degré d'autonomie, calculée au regard des seuls EHPAD autonomes, au 31 décembre 2006 :

En GIR 1	564	(25 %)	} 62%
En GIR 2	819	(37 %)	
En GIR 3	312	(14 %)	
En GIR 4	533	(24 %)	
Total	2 228		

Dans les EHPAD autonomes, à cette même date du 31 décembre 2006, on comptabilisait 408 personnes dont l'autonomie est classée en GIR 5/ GIR 6 sur 2 636 personnes évaluées.

Le ratio de personnel (nombre d'agents par nombre de places) permet un élément de comparaison entre les structures.

En EHPAD autonome, il se situe entre 0,43 et 0,60 (avec une exception de 0,38 pour un GMP de 531). Il devrait y avoir une corrélation entre le ratio et le degré de dépendance. Cette convergence se réalise progressivement de mieux en mieux pour pouvoir, notamment, renforcer les effectifs là où sont les besoins les plus patents. La signature des conventions tripartites et des avenants a favorisé cette évolution.

Néanmoins, ce ratio global de personnel n'est pas un indicateur suffisant. La répartition des agents entre les sections hébergement, dépendance et soins, la capacité de la structure, nécessitent des analyses plus fines.

Une autre approche selon le nombre de points GIR (lié au GMP) sur le nombre d'agents, permet d'appréhender la charge de dépendance par agent.

• Mode opératoire.

Par dérogation, l'APA en établissement peut être versée par le président du Conseil général. Celui-ci assure la tarification de l'établissement volontaire, sous forme de dotation budgétaire globale afférente à la dépendance qui prend en compte le niveau de perte d'autonomie moyen des résidents de l'établissement.

L'Assemblée départementale de la Mayenne a approuvé le principe de cette option de versement sous forme de dotation.

À ce jour, 90 % des EHPAD ont été volontaires pour le versement de l'APA sous forme de dotation. Dans cinq établissements seulement, le versement individuel de l'APA est maintenu (273 personnes). Le versement aux personnes âgées ressortissantes de la Mayenne accueillies dans une structure hors du département (186) est également servi de manière individuelle.



• L'organisation.

- L'équipe médico-sociale :

Le niveau de perte d'autonomie des résidents est déterminé, dans chaque établissement, par l'équipe soignante sous la responsabilité du médecin coordonnateur.

La validation est assurée au niveau départemental par le médecin territorial.

- La gestion administrative :

Pour les personnes qui sont accueillies dans une structure où le versement de l'APA n'est pas opéré sous forme de dotation globale, l'instruction administrative individuelle est maintenue. Elle se répartit entre les quatre instructeurs (3,3 ETP) à ce jour, chargés de toutes les prestations de l'aide sociale légale (excepté l'APA à domicile).

Quant à la détermination du montant de la dotation globale par établissement, elle est calculée et préparée par les trois agents chargés de la tarification des établissements (2,7 ETP), lors de l'examen annuel des budgets prévisionnels.

• Perspectives.

Les axes de progrès en établissement doivent s'orienter sur le maintien de la qualité en établissement, voire d'amélioration de la prestation rendue aux résidents. L'objectif est de pouvoir garantir un environnement de qualité et un accompagnement adapté à l'évolution de leur état.

Au regard de l'APA, la réflexion doit ainsi se poursuivre sur la recherche des indicateurs les plus pertinents permettant véritablement d'assurer une équité entre toutes les structures dont la démarche du respect du choix de vie de chaque résident est véritablement engagée.

Bibliographie :

- CODERPA de la Mayenne, *Etude sur les établissements d'accueil pour personnes âgées en Mayenne et leur adaptation à la dépendance* (étude réalisée par le CEAS de la Mayenne), 2004.
- Michel Agaësse, *Guide de la création et direction d'établissements pour personnes âgées*. Paris : éd. Dunod, 2004.

Objectif 4.1

Déterminer l'offre nécessaire, à terme, au regard des perspectives d'évolution tant sur le plan démographique que sur le plan de la dépendance

Fiche-action

4.1.1 Harmoniser la capacité d'accueil sur l'ensemble du département

OBJECTIFS

- ▶ Harmoniser le taux d'équipement sur l'ensemble du département.
- ▶ Retenir comme taux cible les 48 places (USLD + EHPAD) pour 100 personnes âgées de 85 ans ou plus.
- ▶ Faciliter la création de places dans la zone centrale Loiron/Laval/Coëvrons.
- ▶ Susciter une diminution de places dans les établissements du Nord-Mayenne de plus de 80 places, à l'occasion d'opérations de restructuration, avec possibilité d'utiliser les dotations budgétaires pour la création d'unités d'Alzheimer.
- ▶ Mieux répartir les places dans le Nord-Mayenne, dans une logique de proximité.

MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

- ▶ Sur la base de 40 places supplémentaires par an, création de 200 places dans la zone centrale Loiron/Laval/Coëvrons entre 2008 et 2012.

PORTEURS DU PROJET

- ▶ DDASS de la Mayenne et Conseil général.

BUDGET

- ▶ Néant

INDICATEURS D'ÉVALUATION

- ▶ Nombre de places créées par an et sur l'ensemble de la période quinquennale.
- ▶ Localisation des places créées.
- ▶ Taux d'équipement par territoire en 2012.

CALENDRIER

▶ 2008 à 2012

Objectif
4.2

4.2.1 Fiche-action

OBJECTIFS

- ▶ Être en mesure de communiquer sur l'action réalisée depuis dix ans.
- ▶ Avoir une meilleure lisibilité des projets de rénovation et de restructuration.
- ▶ Veiller à la cohérence des opérations de rénovation et de restructuration avec les orientations du schéma gérontologique départemental.
- ▶ Favoriser les opérations par leur suivi et leur accompagnement.

MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

- ▶ Réalisation d'un bilan des travaux réalisés depuis dix ans (*par type de travaux, avec les enveloppes budgétaires correspondantes*).
- ▶ Elaboration d'un outil de suivi commun (*Conseil général / DDASS*) sur la programmation pluriannuelle des investissements prévus ou à l'étude, et réactualisation annuelle de la programmation.
- ▶ Définition de normes en matière de superficie de chambre, d'équipements sanitaires, etc.
- ▶ Inventaire des ressources disponibles (*Conseil général / État / autres*) et mise en commun des expériences pour un appui méthodologique auprès des établissements sur les aspects administratifs, financiers, techniques.
- ▶ Étude exploratoire visant l'obtention de financements préférentiels.

PORTEURS DU PROJET

- ▶ Conseil général et DDASS de la Mayenne.

BUDGET

- ▶ Fonctionnement courant en ce qui concerne l'animation de la démarche.

INDICATEURS D'ÉVALUATION

- ▶ Réalisation effective du bilan.
- ▶ Création de l'outil de suivi, utilisation et efficacité de cet outil.
- ▶ Définition de normes.
- ▶ Mise en œuvre effective de l'appui méthodologique.
- ▶ Obtention de financements préférentiels.

CALENDRIER

▶ **2008 à 2012**

(concertation régulière, sur des modalités à préciser).

Favoriser le rapprochement des établissements par des mutualisations ou des fusions

CONTEXTE

- Actuellement, en Mayenne, il existe des mutualisations et des coopérations très différentes d'un territoire à l'autre : accueil de jour itinérant, fédération d'établissements avec partage de véhicule, mutualisation de restauration, de blanchisserie, mutualisation des moyens humains (infirmier, diététicien, psychologue...), des opérations de paie, garde commune au niveau des directeurs et des médecins en été, formation communes, aides aux aidants...
- Des pistes de mutualisation sont à développer sur des points comme l'informatisation, la mise en commun de personnels (qualiticien), l'organisation logistique au cas par cas, la lutte contre les infections nosocomiales, la formation de personnes ressources (spécialisation de cadres dans certains domaines).
- Cependant, la mutualisation ne se décrète pas. Elle se fait par l'«apprivoisement» des acteurs au cas par cas sur des questions concrètes. Cela demande une réelle mobilisation des acteurs et une réalisation par étape, ainsi qu'une analyse fine tant du point de vue organisationnel que financier. On ne peut pas l'inscrire dans une démarche globale standardisée.



4.3.1 Fiche-action

OBJECTIFS

- ▶ Optimiser les ressources humaines et logistiques.
- ▶ Développer les compétences dans un territoire et homogénéiser les prises en charge des résidents.
- ▶ Pérenniser et développer les emplois qualifiés de proximité (*rééducatifs, techniques, médico-techniques, ...*).
- ▶ Permettre des économies d'échelle.

MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

- ▶ Réalisation d'un état des mutualisations existantes à ce jour en Mayenne (*questionnaire*), afin de créer et de disposer d'une base de données ressources et de connaître les expérimentations en cours.
- ▶ Incitation à la création de groupements de coopération sociale ou médico-sociale (GCSMS) ou toute autre structure de mutualisation, dans un territoire de proximité, qui permettent d'accueillir tout type de mutualisation en fonction des projets (*entre établissements publics / privés, personnes âgées / personnes handicapées, domicile / établissement...*).
- ▶ Utilisation du renouvellement des conventions tripartites pour développer les mutualisations, voire favoriser les fusions.
- ▶ Information/sensibilisation des présidents de Conseil d'administration

PORTEURS DU PROJET

- ▶ Conseil général – Direction de la solidarité et de la cohésion sociale.
- ▶ DDASS de la Mayenne.
- ▶ Établissements..

BUDGET

- ▶ En fonction des programmes pluriannuels d'investissement.

INDICATEURS D'ÉVALUATION

- ▶ Mutualisations mises en œuvre durant la durée du schéma.
- ▶ Effets produits.

CALENDRIER

▶ 2008 à 2012

Objectif
4.4

4.4.1 Fiche-action

OBJECTIFS

Renouveler les conventions tripartites avec un souci particulier du Conseil général pour les points suivants :

- Élaboration d'un projet de vie pour chaque résident.
- Accueil de personnes atteintes de troubles cognitifs et psycho-comportementaux avec mise en œuvre de réponses adaptées et spécifiques.
- Prise en compte de l'accompagnement en fin de vie.
- Équilibrage des moyens humains.
- Formation du personnel.
- Implication de l'EHPAD dans les réseaux de proximité (*en particulier, partenariat avec le CLIC, les acteurs du domicile, le CMP...*).
- Mutualisation des services et des moyens humains.
- Mise en œuvre d'actions innovantes.

MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Élaboration de fiches techniques pour préciser les critères de qualité par rapport aux points évoqués ci-dessus.

Négociation avec les EHPAD à l'occasion du renouvellement des conventions tripartites.

PORTEURS DU PROJET

Conseil général et DDASS de la Mayenne.

BUDGET

Conventions tripartites.

INDICATEURS D'ÉVALUATION

Réalisation effective des fiches techniques.

Nombre de conventions tripartites signées chaque année.

CALENDRIER

► 2008 à 2012

Conseiller les élus locaux sur les résidences-services

CONTEXTE

- Des investisseurs privés ont créé, dans le département, des résidences-services qui accueillent des personnes âgées, mais tout en échappant aux dispositions législatives ou réglementaires qui incombent aux établissements sanitaires ou médico-sociaux. Divers nouveaux projets sont actuellement connus.
- Si ces résidences-services peuvent pallier, dans certains cas, le manque de places disponibles, elles posent un certain nombre de questions :
 - Elles concentrent des personnes âgées qui vont vieillir sur place, avec le risque de reproduire ce qui s'est passé dans les années 1980/1990 avec les foyers-logements. A terme, on s'expose à une demande de médicalisation sans que les pouvoirs publics n'aient eu la possibilité d'intervenir, en amont, sur les lieux d'implantation et la qualité architecturale.
 - Les résidences-services ont la possibilité de créer leur propre service d'aide à domicile, avec le risque d'un fonctionnement en vase clos, sans médiation externe.
 - Les résidences-services sont susceptibles de recourir essentiellement aux professionnels libéraux, d'où un coût accru pour l'assurance-maladie, en particulier par rapport à un établissement classique.
 - La multiplication des projets peut générer rapidement une difficulté de remplissage, d'où un risque de démarchage, voire de pression auprès des personnes âgées.
- Les élus locaux sont demandeurs d'un éclairage de la part du Conseil général.



4.5.1 Fiche-action

OBJECTIFS

- ▶ Eviter, aujourd'hui, d'encourager des réponses qui, à terme, poseront très sûrement de sérieux problèmes en termes de prise en charge et de coût.
- ▶ Apporter des conseils aux élus locaux.

MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

- ▶ Veille par rapport au fonctionnement des résidences-services existantes et aux projets de création.
- ▶ Élaboration et diffusion d'un document de fond qui permette aux élus locaux de se positionner en toute connaissance de cause.
- ▶ Instruction concertée des demandes d'agrément pour les services d'aide à domicile relevant des résidences-services.

PORTEURS DU PROJET

- ▶ Conseil général – Direction de la solidarité et de la cohésion sociale.
- ▶ DDASS de la Mayenne.

BUDGET

- ▶ Fonctionnement courant.

INDICATEURS D'ÉVALUATION

- ▶ Nombre de résidences-services et de personnes âgées accueillies.
- ▶ Suivi des dossiers APA en résidences-services.
- ▶ Élaboration effective du document de fond sur les résidences-services.

Explorer la problématique du vieillissement des personnes handicapées

CONTEXTE

- Notre société se retrouve, aujourd’hui, confrontée à la problématique des personnes handicapées vieillissantes (entre autres moindre productivité dans les structures d’aide par le travail) et à la problématique des personnes handicapées âgées : «Quels lieux de vie à partir de 60 ans ? Est-il possible et souhaitable de maintenir des personnes handicapées de cet âge en structures pour personnes handicapées ? Sinon, où doivent-elles aller ? En maison de retraite ordinaire ? Faut-il créer des maisons de retraite spécifiques pour personnes handicapées âgées ?» ⁽¹⁾
- La question peut se décliner spécifiquement selon le type de handicap. En outre, elle ne se pose pas seulement pour des personnes précédemment en structure, mais également pour des personnes à domicile, soit en logement autonome, soit résidant chez leurs parents.
- Le Conseil général considère cette problématique comme importante à traiter rapidement, d’où le projet de mettre en place un groupe de travail spécifique dès début 2008, sans attendre le lancement de la réflexion sur un schéma «Personnes handicapées».



⁽¹⁾ Gérard Zribi et Jacques Sarfaty (sous la dir. de), Le vieillissement des personnes handicapées mentales, Rennes : éd. ENSP, 2003.

Objectif
4.6

4.6.1 Fiche-action

OBJECTIFS

- ▶ Anticiper le lancement du schéma «Personnes handicapées» et engager une réflexion sur la problématique du vieillissement des personnes handicapées.
- ▶ Inventorier les réponses existantes et analyser les diverses réponses possibles.

MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

- ▶ Mise en place d'un groupe de travail début 2008.
- ▶ Inventaire de l'existant (*notamment nombre de personnes de moins de 60 ans accueillies en EHPAD*).
- ▶ Recensement d'expériences, visites-découverte, recherche documentaire, production de préconisations.

PORTEURS DU PROJET

- ▶ Conseil général – Direction de la solidarité et de la cohésion sociale et DDASS de la Mayenne, avec acteurs locaux concernés.

BUDGET

- ▶ Fonctionnement courant.

INDICATEURS D'ÉVALUATION

- ▶ Mise en place effective du groupe de travail.
- ▶ Production de préconisations.

CALENDRIER

- ▶ 1er semestre 2008

Prévention

5

- Objectif 5.1 :** Sensibiliser et former le grand public à la connaissance du vieillissement et à la compréhension, à l'acceptation des évolutions physiologiques et/ou neurologiques p. 98
- Fiche-action 5.1.1 p. 98
- Objectif 5.2 :** Encourager les actions d'animation en direction des personnes âgées ne relevant pas des accueils de jour. p. 99
- Fiche-action 5.2.1 p. 99
- Objectif 5.3 :** Faciliter la mobilité des personnes âgées. p. 100
- Fiche-action 5.3.1 p. 100
- Objectif 5.4 :** Mettre en place des actions visant la sécurité routière. p. 101
- Fiche-action 5.4.1 p. 101
- Objectif 5.5 :** Faciliter l'amélioration et l'adaptation de l'habitat p. 102
- Fiche-action 5.5.1 : Évaluer le dispositif actuel p. 102
- Fiche-action 5.5.2 : Sensibiliser aux enjeux de l'accessibilité lors des acquisitions de logement ou des travaux de construction ou de rénovation p. 103
- Fiche-action 5.5.3 : Conseiller les collectivités locales qui souhaitent créer des logements adaptés regroupés p. 104
- Objectif 5.6 :** Apporter, aux usagers, une information sur l'offre en téléassistance p. 105
- Fiche-action 5.6.1 p. 105
- Objectif 5.7 :** Développer les actions de prévention en lien avec les évolutions physiologiques et/ou neurologiques..... p. 106
- Fiche-action 5.7.1 p. 106

5.1.1 Fiche-action

OBJECTIFS

- ▶ Organiser un temps fort annuel visant à informer et sensibiliser l'opinion sur le vieillissement.
- ▶ Utiliser l'opportunité de la semaine nationale des retraités et personnes âgées («Semaine Bleue»).

MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

- ▶ Action de communication sur l'opération et de mobilisation des acteurs susceptibles d'y participer.
- ▶ Éventuellement appui méthodologique.
- ▶ Promotion des actions organisées.

PORTEURS DU PROJET

- ▶ Comité départemental «Semaine Bleue».

BUDGET

- ▶ Fonctionnement courant.

INDICATEURS D'ÉVALUATION

- ▶ Nombre d'acteurs mobilisés et d'actions organisées.
- ▶ Analyse qualitative.

5.2.1 Fiche-action

OBJECTIFS

- ▶ Contribuer au mieux-être des personnes âgées par une offre de participation à des activités d'animation collectives (*offre intermédiaire entre ce que proposent les associations de retraités d'une part, les accueils de jour pour personnes désorientées d'autre part*).
- ▶ Recenser les expériences paraissant intéressantes, les évaluer et les faire connaître (*cf. fiche-action n° 1.4*).
- ▶ Rechercher des sources de financement (*cf. fiche-action n° 1.8*).

MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

- ▶ Mobilisation des CLIC pour recenser les actions mises en œuvre.
- ▶ Rencontre avec les porteurs de projet.
- ▶ Éventuellement appui méthodologique.

PORTEURS DU PROJET

- ▶ Conseil général – Direction de la solidarité et de la cohésion sociale.

BUDGET

- ▶ Fonctionnement courant.

INDICATEURS D'ÉVALUATION

- ▶ Nombre d'expériences recensées, évaluées, accompagnées.
- ▶ Nouvelles sources de financement mobilisées.

CALENDRIER

- ▶ à partir de 2008

5.3.1 Fiche-action

OBJECTIFS

- ▶ Permettre l'égalité des chances quels que soient le territoire de résidence, les revenus, le niveau de dépendance.
- ▶ Permettre l'accès aux soins, aux services, aux animations, etc.

MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

- ▶ Evaluation des réponses existantes : le «petit Pégase» (*Conseil général*) et réponses associatives. Possibilité d'une enquête expérimentale sur un premier territoire. Mesure du niveau de connaissance des réponses existantes, de leur pertinence, des freins éventuels à leur utilisation.
- ▶ Organisation et/ou promotion du covoiturage.

PORTEURS DU PROJET

- ▶ Conseil général, en partenariat avec les CLIC et les acteurs gérontologiques locaux.

BUDGET

- ▶ Recours possible à un ou des stagiaires, ou à un cabinet extérieur..

INDICATEURS D'ÉVALUATION

- ▶ Réalisation effective de l'évaluation.
- ▶ Pertinence des préconisations.
- ▶ Fréquentation des services existants par les personnes âgées, et leur évolution.

CALENDRIER

▶ à partir de 2008

5.4.1 Fiche-action

CONTEXTE

Sur-représentation des personnes âgées dans les accidents (*conducteurs / «présumés responsables»*). Les chiffres sont faibles en valeur absolue, mais ils ont tendance à augmenter ces dernières années. Des actions de sensibilisation sont déjà organisées (*information/remise à niveau*) en partenariat avec des associations.

OBJECTIFS

- ▶ Affiner le diagnostic.
- ▶ Élaborer une politique de prévention spécifique.

MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

- ▶ Réflexion impulsée par l'État et pilotée par la Direction départementale de l'équipement.

PORTEURS DU PROJET

- ▶ Direction départementale de l'équipement.

BUDGET

- ▶ Fonctionnement courant.

INDICATEURS D'ÉVALUATION

- ▶ Mise en œuvre d'une politique spécifique et réalisation effective d'actions.

CALENDRIER

▶ 2008 à 2012

Fiche-action

5.5.1 Évaluer le dispositif actuel

OBJECTIFS

- ▶ Inventorier et évaluer l'efficacité des réponses existantes (*acteurs, aides à l'amélioration de l'habitat, y compris accessibilité*).

MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

- ▶ Réalisation d'une étude-diagnostic.

PORTEURS DU PROJET

- ▶ Conseil général – Direction de la solidarité et de la cohésion sociale.

BUDGET

- ▶ Recours possible à un ou des stagiaires, ou à un cabinet extérieur.

INDICATEURS D'ÉVALUATION

- ▶ Réalisation effective de l'étude-diagnostic.
- ▶ Pertinence des préconisations.

CALENDRIER

- ▶ à partir de 2008

Fiche-action

5.5.2 Sensibiliser aux enjeux de l'accessibilité lors des acquisitions de logement ou des travaux de construction ou de rénovation

OBJECTIFS

- ▶ Éviter que l'habitat, à terme, ne soit un obstacle à la possibilité de rester à son domicile.
- ▶ Apporter des conseils aux acquéreurs, aux professionnels de l'immobilier et du bâtiment.

MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

- ▶ Mise en place d'un groupe de travail pour élaborer une politique et créer des outils.

PORTEURS DU PROJET

- ▶ Conseil général – Direction de la solidarité et de la cohésion sociale, Direction départementale de l'équipement et acteurs concernés.

BUDGET

- ▶ Fonctionnement courant.

INDICATEURS D'ÉVALUATION

- ▶ Mise en place effective du groupe de travail.
- ▶ Production et réalisations.

CALENDRIER

- ▶ à partir de 2008

Fiche-action

5.5.3 Conseiller les collectivités locales qui souhaitent créer des logements adaptés regroupés

OBJECTIFS

- ▶ Permettre aux personnes âgées isolées et/ou résidant dans un habitat inadapté, si elles le souhaitent, de pouvoir venir résider dans un logement adapté faisant partie d'un ensemble de logements regroupés.
- ▶ Bénéficier de l'expérience des collectivités locales ayant créé des logements adaptés regroupés et en faire bénéficier d'autres porteurs de projet.

MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

- ▶ Évaluation des logements adaptés regroupés créés dans le département (*Ahuillé, Fougerolles-du-Plessis, Gorron...*) et/ou d'expériences similaires, en Mayenne ou en dehors du département.
- ▶ Réalisation d'un guide pratique à l'intention des collectivités locales.

PORTEURS DU PROJET

- ▶ Conseil général – Direction de la solidarité et de la cohésion sociale, en partenariat avec la Direction départementale de l'équipement.

BUDGET

- ▶ Fonctionnement courant.
- ▶ Recours possible à un ou des stagiaires, ou à un cabinet extérieur.

INDICATEURS D'ÉVALUATION

- ▶ Réalisation effective de l'évaluation et du guide pratique.
- ▶ Nombre de logements adaptés regroupés créés chaque année et globalement sur les cinq ans.

CALENDRIER

- ▶ à partir de 2008

5.6.1 Fiche-action

OBJECTIFS

- ▶ Contribuer à une plus grande sécurité au domicile.
- ▶ Inventorier les différents porteurs auxquels il est possible de faire appel en Mayenne.
- ▶ Réaliser une présentation technique des avantages et inconvénients de chaque système.
- ▶ Assurer une fonction de veille sur les innovations technologiques.

MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

- ▶ Mise en place d'un groupe de travail pour engager le travail de repérage et d'évaluation des systèmes existants.
- ▶ Diffusion d'une documentation à l'intention des usagers.
- ▶ Fonction de veille sur les innovations technologiques.

PORTEURS DU PROJET

- ▶ Conseil général – Direction de la solidarité et de la cohésion sociale, en partenariat avec le Comité technique gérontologique, les associations de consommateurs...

BUDGET

- ▶ Fonctionnement courant.

INDICATEURS D'ÉVALUATION

- ▶ Mise en place du groupe de travail.
- ▶ Diffusion effective d'une documentation à l'intention des usagers.

CALENDRIER

- ▶ à partir de 2008

5.7.1 Fiche-action

OBJECTIFS

- ▶ Prévenir les effets du vieillissement.
- ▶ Permettre à toutes les personnes intéressées de pouvoir bénéficier d'actions de prévention dans son territoire de proximité.
- ▶ Donner plus de lisibilité aux actions mises en œuvre.
- ▶ Veiller à la qualité des actions proposées ; encourager les évaluations ; développer une fonction de veille par rapport aux expériences et recherches réalisées en Mayenne ou en dehors.

MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

- ▶ Réflexion à engager au niveau du Comité technique gérontologique, en ayant recours aux experts locaux et en impliquant les financeurs (*MSA, CRAM...*), pour aboutir à un consensus sur les actions qu'il convient de mettre en œuvre dans chaque territoire (*CLIC*) : prévention des chutes, ateliers mémoire, information sur l'alimentation, etc. Diffusion des conclusions. Éventuellement «labellisation» de prestataires. Mise en œuvre d'évaluations et d'une fonction de veille. Recherche de financements spécifiques.
- ▶ Promotion des campagnes de dépistage nationales et des organismes d'assurance maladie (*vision, audition, état bucco-dentaire...*).

PORTEURS DU PROJET

- ▶ Conseil général – Direction de la solidarité et de la cohésion sociale, en partenariat avec le Comité technique gérontologique, les experts locaux, les financeurs, les CLIC.

BUDGET

- ▶ Fonctionnement courant.

INDICATEURS D'ÉVALUATION

- ▶ Mise en œuvre effective de la réflexion.
- ▶ Actions mises en œuvre et nombre de personnes concernées (*par territoire*).

CALENDRIER

- ▶ à partir de 2008

Suivi et évaluation du schéma

6

Objectif 6.1 :	Assurer un suivi de la mise en œuvre du schéma et évaluer les actions	p. 108
Fiche-action 6.1.1		p. 108

Objectif
6.1

6.1.1 Fiche-action

OBJECTIFS

- ▶ Mettre effectivement en œuvre la politique gérontologique départementale et veiller à la mise en œuvre du programme dans sa globalité.
- ▶ Assurer un suivi de la mise en œuvre des diverses actions.
- ▶ Mesurer les écarts entre les actions programmées et les actions initiées, évaluer les actions réalisées et procéder éventuellement à des réajustements.
- ▶ Réaliser une éventuelle révision du schéma à mi-parcours.

MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

- ▶ Réunion semestrielle de travail pour le suivi du programme, avec possibilité d'inviter des personnes extérieures en fonction des nécessités.
- ▶ Rédaction d'un rapport annuel, au cours du premier trimestre de l'année suivante, pour faire le point sur la mise en œuvre de la politique départementale.
- ▶ Présentation du rapport annuel aux membres du comité de pilotage, à la commission de la solidarité et de la cohésion sociale du Conseil général, et au CODERPA (*premier semestre de l'année suivante*).

PORTEURS DU PROJET

- ▶ Conseil général – Direction de la solidarité et de la cohésion sociale.

BUDGET

- ▶ Fonctionnement courant.

INDICATEURS D'ÉVALUATION

- ▶ Organisation effective des réunions de travail (*10 réunions sur la durée du schéma*).
- ▶ Rédaction effective d'un rapport annuel et présentation aux diverses instances mentionnées ci-dessus.
- ▶ Réajustements opérés grâce au dispositif de suivi et d'évaluation.

CALENDRIER

▶ 2008 à 2012

Liste des sigles

ACAFPA

Association de coordination en faveur des personnes âgées

ADMR

Aide à domicile en milieu rural

AFAD

Association familiale d'aide à domicile

AGGIR

Autonomie gérontologie groupes iso-ressources

AIAD

Association inter aide à domicile

APA

Allocation personnalisée d'autonomie

APEF

Agence professionnelle de l'emploi familial

ASMAD

Service de soins infirmiers à domicile des personnes âgées

ASSMADONE

Association de service de soins et de maintien à domicile des personnes âgées et dépendantes dans les cinq cantons du nord-est mayennais

CCAS

Centre communal d'action sociale

CEAS

Centre d'étude et d'action sociale

CESU

Chèque emploi service universel

CHNM

Centre hospitalier du Nord-Mayenne

CIVAM

Centre d'initiatives pour valoriser l'agriculture et le milieu rural.

CLIC

Centre local d'information et de coordination gérontologique

CMP

Centre médico-psychologique

CNAMTS

Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés

CNSA

Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

CODERPA

Comité départemental des retraités et personnes âgées

CPAM

Caisse primaire d'assurance maladie

CRAM

Caisse régionale d'assurance maladie

DDASS

Direction départementale des actions sanitaires et sociales

DDTEFP

Direction départementale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle

DEAVS

Diplôme d'État d'auxiliaire de vie sociale.

DLA

Dispositif local d'accompagnement

DREES

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

EHPAD

Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

ENSP

École nationale de la santé publique

ETP

Équivalent temps plein

FMAD

Fonds de modernisation de l'aide à domicile (État)

GCSMS

Groupements de coopération sociale ou médico-sociale

GIR

Groupe iso-ressources

GMP

GIR moyen pondéré

IRTS

Institut régional du travail social

MARPA

Maison d'accueil rurale pour personnes âgées (Mutualité sociale agricole)

MSA

Mutualité sociale agricole

OPCA

Organismes paritaires collecteurs agréés

PRIAC

Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie

PSD

Prestation spécifique dépendance

SIMAD

Soins infirmiers pour le maintien à domicile

SIDPA

Soins infirmiers à domicile pour personnes âgées

SPASD

Services polyvalents d'aide et de soins à domicile

SSIAD

Service de soins infirmiers à domicile

UDAF

Union départementale des associations familiales

URSSAF

Union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales

USLD

Unité de soins de longue durée

ZAS

Zone d'action sociale (Conseil général)

Notes...

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

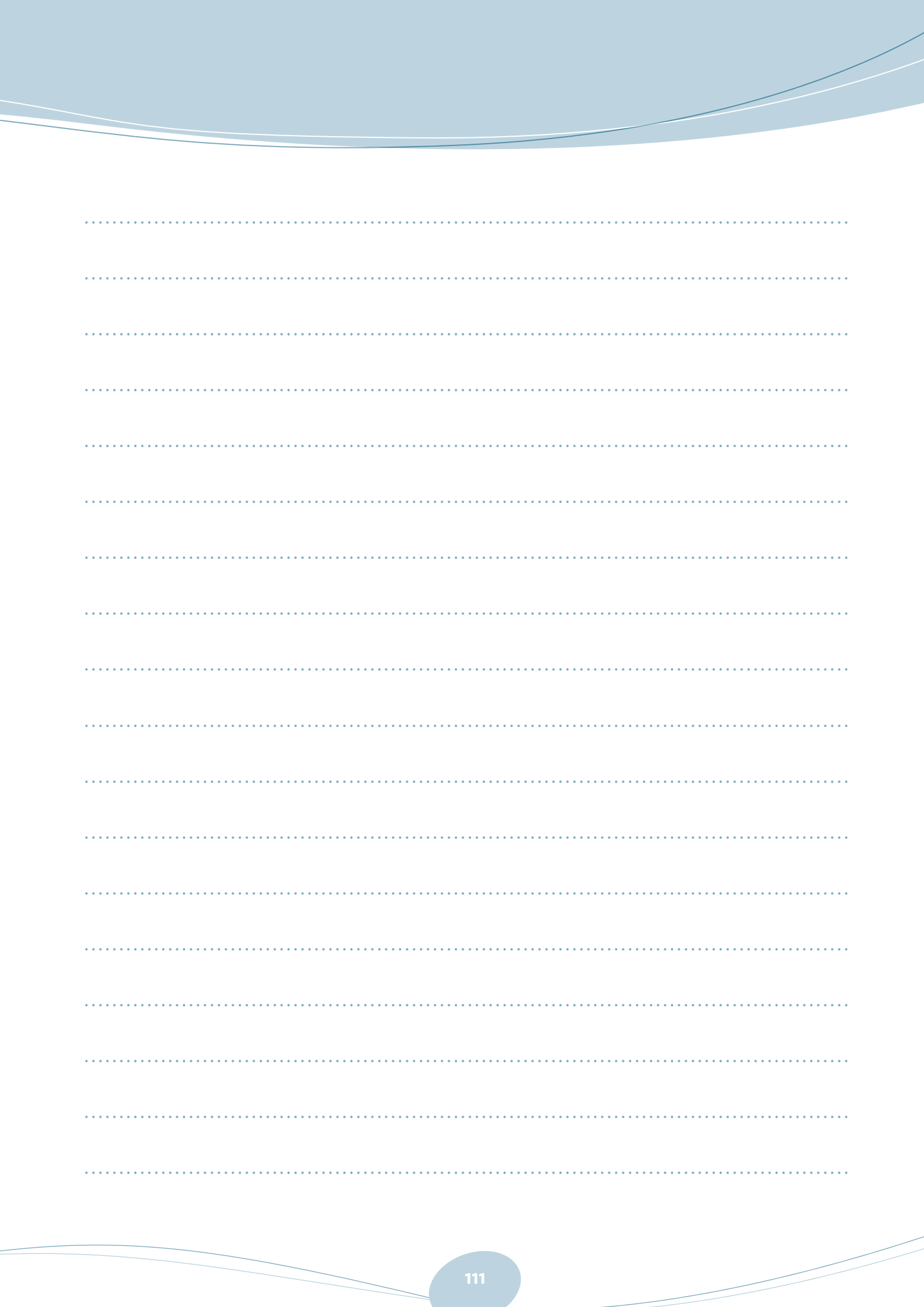
.....

.....

.....

.....

.....



.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

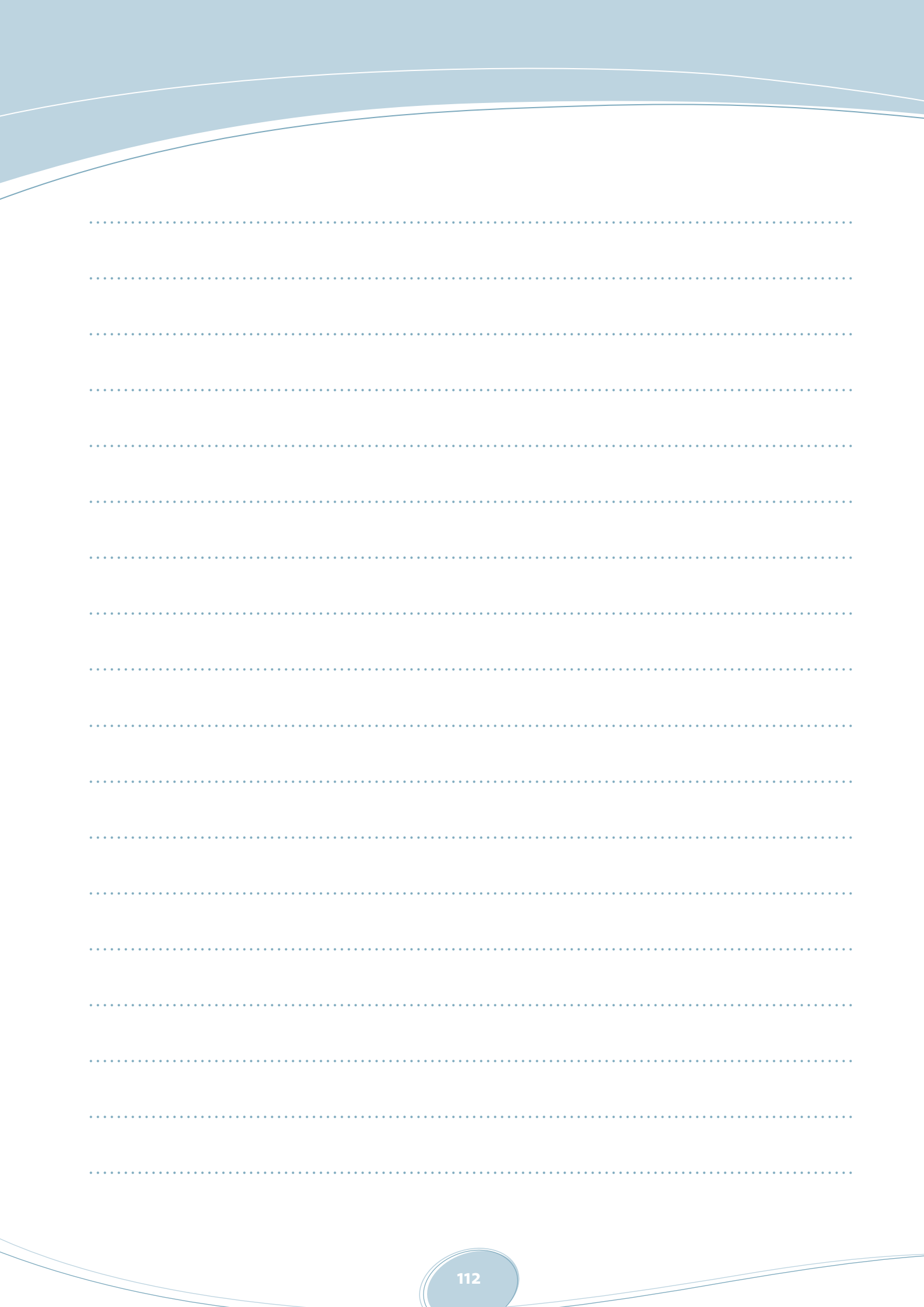
.....

.....

.....

.....

.....



.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

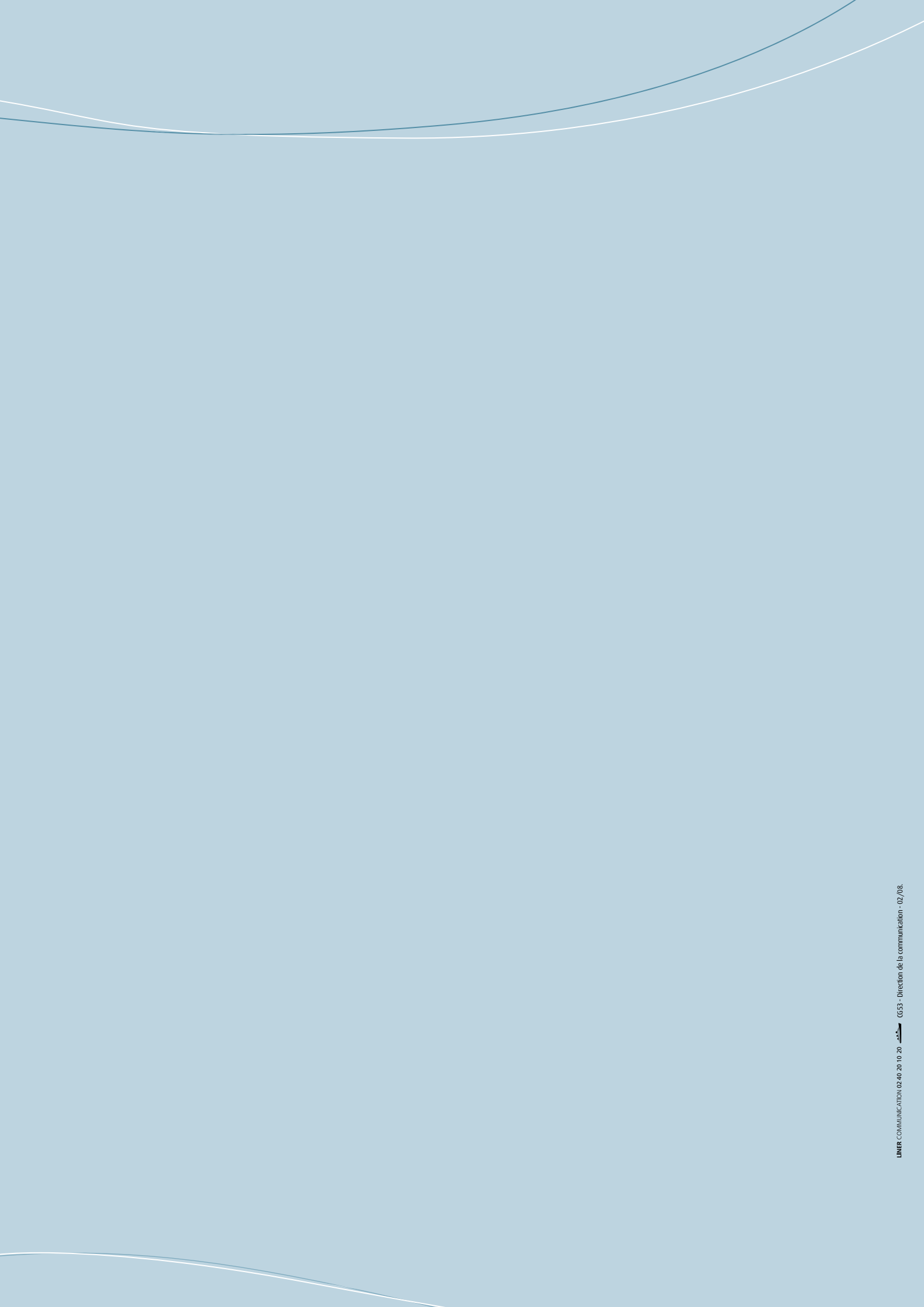
.....

.....

.....

.....

.....



Conseil général de la Mayenne
Direction de la solidarité et de la cohésion sociale,
Direction aux personnes âgées et aux personnes handicapées

Place de Mettman - BP 3888
53030 LAVAL
TÉL. 02 43 59 14 53