



DIAGNOSTIC TERRITORIAL
DANS LE CADRE DU
DISPOSITIF MAIA SUD VIENNE

**METHODE D'ACTION POUR L'INTEGRATION DES SERVICES
D'AIDE ET DE SOINS DANS LE CHAMP DE L'AUTONOMIE**



Mise à jour 31/05/2015

La mesure 4 du Plan national Alzheimer 2008-2012 prévoit le développement dispositifs MAIA (Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer), aujourd'hui rebaptisés Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie.

« L'objectif est de renforcer l'articulation des intervenants des champs sanitaire, social et médico-social autour de la personne et de ses aidants. Ainsi, cette nouvelle organisation vise à simplifier les parcours, réduire les doublons en matière d'évaluation, à éviter les ruptures de continuité dans les interventions auprès des personnes et améliorer la lisibilité par l'organisation partagée des orientations.

Le dispositif MAIA permet [...] de construire, avec les partenaires institutionnels et les professionnels d'un territoire défini, de nouveaux modes de travail partenarial.

Loin de superposer un dispositif à un autre, les MAIA décloisonnent le secteur médico-social et le secteur sanitaire et organisent leur coopération, selon un processus établi afin que tous les partenaires recensés sur un territoire partagent des référentiels et aient des pratiques communes. Il s'agit de proposer une réponse harmonisée, complète et adaptée à chaque personne.

Il s'agit à travers un processus « d'intégration » de développer une réelle coopération par la coresponsabilisation des acteurs et des financeurs sanitaires et sociaux, avec la perspective également d'obtenir un label qualité. »¹

L'objectif est de permettre à l'ensemble des acteurs d'améliorer leur connaissance des ressources du territoire et leur lisibilité afin de faciliter l'orientation de la personne âgée en perte d'autonomie.

Ce travail est mené par le pilote du dispositif au travers d'instances de concertation qui constituent des espaces d'échanges et de rencontre entre acteurs intervenant sur le parcours de vie de la personne âgée afin de travailler ensemble à sa simplification et son efficacité, en :

- **identifiant les missions de chacun** (ex : référentiel d'intervention et annuaire)
- **travaillant ensemble à l'harmonisation des pratiques** (ex : feuille d'accueil et d'orientation unique pour les acteurs de la coordination gérontologique)
- **travaillant ensemble aux manques et doublons du territoire et les solutions pouvant y être apportées** (ex: diagnostic de territoire, groupes de travail)

Ce diagnostic de territoire est donc une première étape qui permettra de mettre en exergue les ressources et les leviers du territoire, son organisation et ses dysfonctionnements, les réseaux déjà existants et les cloisonnements, afin de valoriser et de développer les ressources existantes et travailler sur les manques.

Là est l'objectif de ce présent document.

Ce diagnostic est élaboré à l'attention de tous les acteurs du territoire et a vocation à être enrichi et actualisé par les partenaires du territoire.

¹ Circulaire interministérielle n°DGCS/DGOS/2012/06 du 10 janvier 2013

SOMMAIRE

Méthodologie	p. 7
La Gouvernance en Santé	p. 8
Le Projet Régional de Santé Poitou-Charentes	p. 8
Le Schéma de l'Autonomie	p. 9
<u>PARTIE 1 : PRESENTATION DU TERRITOIRE MAIA</u>	p. 12
I. LE TERRITOIRE DU DISPOSITIF MAIA SUD VIENNE	p. 13
II. POPULATION ET CONTEXTE DE VIE	p. 15
A. Les données populationnelles	p. 15
1) <i>Structure et répartition de la population</i>	p. 15
1.1 Rappel sur le contexte départemental de la Vienne	p. 15
1.2 Contexte du territoire MAIA Sud Vienne	p. 20
2) <i>La population dépendante</i>	p. 23
2.1 Rappel du contexte départemental de la Vienne	p. 23
2.2 Contexte du territoire MAIA Sud Vienne	p. 24
3) <i>Malades Alzheimer et malades apparentés</i>	p. 24
B. Un contexte socio-économique fragile	p. 24
1) <i>De faibles revenus, une difficulté pour concrétiser son choix de vie</i>	p. 24
2) <i>La solitude, corolaire de la dépendance</i>	p. 26
<u>PARTIE 2 : LES RESSOURCES DU TERRITOIRE MAIA SUD</u>	p. 28
I. EQUIPEMENTS ET PROFESSIONNELS	p. 29
A. Les établissements de soins : l'organisation de filières gériatriques	p. 29
1) <i>La définition et l'apport d'une filière de soins gériatriques</i>	p. 29
2) <i>Etat des lieux sur le territoire MAIA Sud</i>	p. 30
2.1 <i>Les établissements de soins généraux</i>	p. 31
a. Présentation générale	p. 31
b. Focus sur les services d'Hospitalisation A Domicile	p. 32
c. Les services de soins de suite et de réadaptation	p. 39
2.2 <i>L'établissement de santé spécialisé en santé mentale</i>	p. 44
a. La prise en charge psychiatrique ambulatoire	p. 44
b. La prise en charge psychiatrique à la Fédération géronto-psychiatrique	p. 46

2.3 <i>Analyse des trajectoires patients et des recours aux services</i>	p. 47
a. Le logiciel Via Trajectoire	p. 47
b. Le recours aux Urgences	p. 48
c. Attractivité des Centres Hospitaliers et flux de population	p. 52
B. La démographie des professionnels de santé	p. 55
1) <i>Constats</i>	p. 55
1.1 Les médecins libéraux	p. 55
1.2 Les infirmiers libéraux	p. 58
1.3 Les pharmaciens	p. 60
1.4 Les masseurs-kinésithérapeutes	p. 60
1.5 Les orthophonistes	p. 62
2) <i>Perspectives</i>	p. 64
2.1 Les maisons et pôles de santé pluridisciplinaires	p. 64
2.2 Les cabinets Asalée	p. 65
2.3 Les Nouveaux Modes de Rémunération (NMR)	p. 66
3) <i>Discussion</i>	p. 67
II. L'OFFRE MEDICO-SOCIALE	p. 68
A. Les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et les équipes spécialisées Alzheimer (ESA)	p. 68
1) <i>Les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)</i>	p. 68
2) <i>Les Equipes Spécialisées Alzheimer (ESA)</i>	p. 72
B. La plateforme d'accompagnement et de répit des aidants	p. 75
1) <i>Présentation</i>	p. 75
2) <i>Discussion</i>	p. 78
C. Les capacités d'accueil et d'hébergement pour personnes âgées dépendantes	p. 78
1) <i>Présentation des différents modes d'hébergement permanents</i>	p. 78
1.1 Les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées (EHPA)	p. 81
1.2 Les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD)	p. 83
a. Les places conventionnées « Aide sociale »	p. 94
b. Les Unités de Vie Protégée (UVP)	p. 98
c. Les Pôles d'Activités et de Soins Adaptés (PASA)	p. 99
1.3 Les Unités de Soins de Longue Durée (USLD)	p. 99
2) <i>Les différents modes d'hébergement temporaire</i>	p. 99
2.1 Les places d'hébergement temporaire	p. 99
2.2 Les places d'accueil de jour	p. 100
3) <i>L'accueil familial</i>	p.103
4) <i>Discussion</i>	p. 104

III. LES PARTENAIRES DE TERRITOIRE CHARGES DE L'INFORMATION, DE LA COORDINATION ET DE L'ORIENTATION	p. 107
A. Des lieux d'accueil et d'information dédiés aux personnes âgées : les acteurs de la coordination gérontologique	p. 107
1) <i>Les Centres Locaux d'Information et de Coordination</i>	p. 107
2) <i>Les réseaux de santé gérontologiques</i>	p.110
3) <i>Les gestionnaires de cas du dispositif MAIA</i>	p.113
4) <i>Discussion</i>	p. 116
5) <i>Un outil informatisé de suivi des situations : l'outil Web DCR</i>	p. 117
B. Les autres lieux d'accueil et d'information	p. 119
1) <i>Les Maisons Départementales des Solidarités (MDS)</i>	p.119
2) <i>Les Centres Communaux d'Action Sociale (CCAS)</i>	p.121
IV. LES PRESTATIONS PARTICULIERES AUX PERSONNES AGEES ET AUX AIDANTS	p. 121
A. Les aides financières pour les personnes âgées	p. 121
1) <i>L'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)</i>	p. 121
1.1 <i>L'APA à domicile</i>	p. 121
1.2 <i>L'APA d'urgence</i>	p. 124
1.3 <i>Discussion</i>	p. 125
2) <i>Laide sociale à domicile</i>	p. 126
B. Les prestations offertes par les caisses de retraite	p. 127
1) <i>Les prestations individuelles</i>	p. 127
2) <i>Les prestations collectives</i>	p. 130
C. Les actions spécifiques à l'attention des aidants	p. 133
1) <i>L'association France Alzheimer</i>	p. 133
2) <i>L'association France Parkinson</i>	p.135
3) <i>Le déploiement du Collectif inter-Associatif de Soutien aux Aidants</i>	p. 136
4) <i>Les actions proposées par la Mutualité Française de la Vienne</i>	p. 136
5) <i>Les actions proposées par la MSA et ses partenaires</i>	p. 137
D. Les services à la personne	p. 138
1) <i>Les services d'aide à domicile</i>	p. 138
2) <i>Le portage de repas</i>	p. 141
3) <i>La téléassistance</i>	p. 141
4) <i>La plateforme des services à la personne</i>	p. 141

5) <i>Discussion</i>	p. 142
6) <i>Le transport</i>	p. 143
E. Les services tutélaires	p. 145
1) <i>Les différentes mesures de protection</i>	p. 145
2) <i>Comment demander une mesure de protection ?</i>	p. 146
F. La médiation familiale	p. 147
<u>PARTIE 3 : LES DYNAMIQUES TERRITORIALES</u>	p. 148
I. Le Contrat Local de Santé du Pays Montmorillonnais et Lussacois	p. 149
II. Le Schéma de Cohérence Territoriale Sud Vienne	p. 151

Méthodologie

Afin d'analyser de manière la plus complète possible le parcours de santé des personnes âgées sur le territoire MAIA, il était nécessaire de recueillir les points de vue des différents acteurs. C'est eux qui allaient relater comment le parcours de la personne âgée était organisé sur le territoire MAIA ; la rencontre avec les acteurs permet ainsi de produire une analyse mettant en exergue les ressources et les leviers du territoire, ses dysfonctionnements, les réseaux déjà existants et les cloisonnements. Il s'agissait de dépasser le simple état des lieux des ressources du territoire pour étudier les mises en relation des acteurs entre eux.

Pour cela, il a été décidé de mener des entretiens auprès des acteurs concernés afin de recueillir leurs expériences, leurs perceptions des choses, leurs pratiques et leurs représentations.

Les entretiens avec les acteurs ont été menés soit de manière individuelle, soit de manière collective.

Afin de pouvoir interroger suffisamment d'acteurs concernés par l'accompagnement de la personne âgée, tout en tenant compte des délais impartis pour la réalisation de ce diagnostic, l'entretien de groupe a été utilisé lorsqu'il semblait le plus adéquat. Cette méthode permet d'encourager la parole autour des problématiques et de favoriser les échanges en confrontant les représentations et les pratiques.

Ont ainsi été rencontrés :

- Le CHU de Poitiers, le site hospitalier de Lusignan et le centre hospitalier de Montmorillon
- Les services d'HAD
- Les structures de SSR
- Les référentes du logiciel Trajectoire
- Les URPS et le Conseil de l'ordre des médecins
- Les SSIAD
- Les ESA
- La plateforme de répit
- Les fédérations des EHPAD
- Le GCMS « L'Accueil familial en Vienne »
- Les CLIC et les Réseaux gérontologiques
- L'ARS
- Le Conseil Général
- Les Caisses de retraite et CPAM
- Les services d'aide à domicile
- Les associations d'usagers
- L'ORS
- Les Contrats Locaux de Santé
- Les acteurs du SCoT
- Les services tutélaires

Lors de ces rencontres avec les différents acteurs, un premier temps était consacré à la présentation et à la validation des données chiffrées et objectives recueillies en amont, constituant une base d'échange. Dans un second temps les acteurs étaient invités à exprimer leur point de vue sur l'organisation du territoire et sur les liens développés avec les autres acteurs.

La Gouvernance en Santé

LE PROJET REGIONAL DE SANTE POITOU-CHARENTES

Institué par la loi « portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires » (loi HPST du 21 juillet 2009), le Projet Régional de Santé (PRS) de Poitou-Charentes définit les objectifs pluriannuels des actions que mène l'Agence Régionale de Santé dans ses domaines de compétences, ainsi que les mesures tendant à les atteindre.

Il s'inscrit dans les orientations de la politique nationale de santé, et se conforme aux dispositions financières prévues par les lois de financement de sécurité sociale.

Le PRS s'intègre dans une approche nouvelle de la conception des politiques publiques en matière de santé :

- La recherche de la transversalité et de l'intersectorialité dans l'élaboration et la mise en œuvre de toutes les composantes du PRS
- La recherche d'une complémentarité avec les politiques portées par l'État et les collectivités locales
- Une approche territoriale de la planification de la politique de santé
Une concertation de qualité dans l'élaboration des différentes composantes du PRS
- Le Projet Régional de Santé de Poitou-Charentes a été adopté pour 5 ans le 15 décembre 2011. Il est actualisé chaque année à sa date anniversaire.

L'enjeu principal du PRS de Poitou-Charentes est de développer, en cohérence avec le parcours de vie des personnes, des coopérations transversales entre des secteurs qui étaient jusqu'alors séparés : promotion de la santé, prévention médicalisée, soins ambulatoires, soins hospitaliers et prises en charge médico-sociales ; et d'articuler la stratégie santé avec les autres politiques pour favoriser les synergies favorables à la santé, et plus largement au bien-être des Picto-charentais.

Le travail d'élaboration du PRS est collectif et concerté. Il a associé, aux différentes étapes de sa réalisation, l'ensemble des acteurs de la santé de Poitou-Charentes : la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA), réunie en commissions et en assemblée plénière, les commissions de coordination des politiques publiques (prévention et médico-sociale), les 5 conférences de territoire, les collectivités locales, le préfet de région et les représentants de l'État, et les usagers du système de santé. Le PRS de Poitou-Charentes est composé du Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS).

Le Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS) Poitou-Charentes occupe une place importante dans le Projet Régional de Santé (PRS), car il annonce les grandes orientations déclinées dans les Schémas et les Programmes du PRS.

Le Plan Stratégique Régional de Santé s'articule autour d'un axe stratégique majeur : permettre à toute personne de la région Poitou-Charentes d'accéder à une offre de 1er recours en santé (prévention, médical, médico-social, pharmaceutique, para-médical et odontologique), quelle que soit sa situation géographique sur le territoire.

Le Projet Régional de Santé Poitou-Charentes est composé de :

Schéma Régional d'Organisation des Soins - Hospitalier (SROS-H)

- Schéma Régional d'Organisation des Soins - Ambulatoire (SROS-A)
- Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale - Personnes Âgées (SROMS-PA)
- Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale - Personnes Handicapées (SROMS-PH)

- Schéma Régional de Prévention (SRP)
- Schéma Directeur Régional des Systèmes d'Information en Santé (SDRSIS)
- Schéma Régional des Ressources Humaines en santé (SRRH)

Les Programmes

- Programme Interdépartemental d'Accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) -
- Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins 2011-2016 - PRAPS
- Programme Régional de Télémédecine
- Programme Régional de Gestion Du Risque 2010-2013 (PRGDR)

LE SCHEMA DEPARTEMENTAL DE L'AUTONOMIE

Le code de l'action sociale et des familles prévoit la réalisation d'un schéma départemental de l'organisation sociale et médico-social, au moins tous les 5 ans.

Le schéma départemental de l'autonomie a pour ambition de fixer dans un même document, les grandes orientations à l'horizon 2019 des priorités départementales en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées, autour de problématiques communes liées à l'autonomie des personnes : le vieillissement, le soutien aux aidants, et le logement.

Il s'inscrit dans la continuité des schémas précédents : le schéma départemental gérontologique 2010-2014 et l'avenant 2013-2014 au schéma départemental en faveur des personnes handicapées adultes (2008-2012).

Ce schéma s'articule avec le Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale (SROMS) mentionné à l'article L 312-5 du CASF et avec le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) visé à l'article L 312.5.1 du CASF (documents de l'Agence Régionale de Santé-ARS).

Le contexte

Dans le secteur du handicap comme dans le secteur gérontologique, le département de la Vienne possède des taux d'équipement en établissements et services médico-sociaux supérieurs à la moyenne régionale et à la moyenne nationale.

Il s'agit aujourd'hui de conforter l'existant, dans un contexte particulier d'élaboration du projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement. Ce dernier prend acte dans ses principales dispositions de l'importance de l'accompagnement des personnes, de l'aide à domicile et de la prévention, confortant la tendance constatée du souhait des personnes âgées de rester le plus longtemps possible à domicile.

Le Schéma départemental 2015-2019

Fruit d'une large concertation avec les acteurs des deux secteurs (plus de 200 personnes), ce schéma départemental de l'autonomie a été adopté par le Conseil Général le 19 décembre 2014, après avis favorable du Conseil Départemental Consultatif des Personnes Handicapées (CDCPH) et du Comité

Départementale des Retraités et Personnes Agées (CODERPA) et son examen par la Commission de Coordination des Politiques Publiques de Santé.

Pilote et coordonnateur de l'action sociale en faveur des personnes handicapées et des personnes âgées, le Conseil Général a élaboré ce schéma en étroite collaboration avec l'Agence Régionale de Santé (ARS) Poitou-Charentes et la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH), notamment à travers le comité de suivi des listes d'attente des personnes de la Vienne orientées vers un établissement ou un service pour adultes handicapés.

Le partenariat engagé avec l'INSEE lors du précédent schéma sur les éléments démographiques en termes de vieillissement de la population de la Vienne s'est poursuivi et confirme une tendance similaire à la période 2010-2014 sur la projection du nombre de personnes âgées dépendantes dans les 5 ans à venir (1000 personnes).

Parallèlement, des études sur le vieillissement des personnes handicapées de 45 ans et plus (au 1/01/2015) ont été menées pour analyser les besoins, notamment pour les travailleurs d'ESAT arrivant à la retraite.

Ce schéma départemental de l'autonomie 2015-2019 constitue donc la feuille de route du Département pour les cinq prochaines années. **Coordination-domicile-établissements** définissent **les trois axes stratégiques** avec le souhait de l'évaluer et de l'adapter chaque année.

Ces axes sont déclinés en 29 fiches-actions :

AXE 1 : OPTIMISER LA COORDINATION DES ACTIONS ET LA COOPERATION ENTRE ACTEURS

Orientation 1 : Faciliter l'accès à l'information et l'orientation des personnes

- Action 1 : Faciliter et simplifier l'accès à l'information des personnes et de leurs aidants
- Action 2 : Évaluer et développer les outils de coordination et les référentiels utilisés par les professionnels
- Action 3 : Déterminer les territoires pertinents concourant à l'amélioration de l'orientation des usagers en lien avec le schéma d'action sociale

Orientation 2 : Améliorer le parcours des personnes

- Action 4 : Lancer une étude sur le devenir des jeunes handicapés en phase d'insertion professionnelle dont les jeunes majeurs de l'ASE (en lien avec le schéma de l'enfance et la MDPH)
- Action 5 : Fluidifier le parcours des personnes handicapées en poursuivant le fonctionnement du Comité de Suivi des listes d'attente de la MDPH
- Action 6 : Engager une réflexion sur le partage des évaluations individuelles entre les différents acteurs (CLIC, caisses de retraite, hôpitaux, Département...)

Orientation 3 : Faciliter la coopération entre acteurs

- Action 7 : Clarifier les modalités de facturation des établissements pour personnes handicapées
- Action 8 : Soutenir les actions mises en œuvre sur les territoires par les associations et organismes
- Action 9 : Structurer et développer les actions collectives de prévention et pour le répit des aidants
- Action 10 : Mettre en place le pilotage stratégique des politiques de l'autonomie au moyen d'un observatoire

AXE 2 : CONFORTER LA VIE A DOMICILE

Orientation 1 : Améliorer la qualité de l'accompagnement des personnes à domicile

- Action 11 : Développer et structurer les besoins de places en SAVS pour les personnes handicapées
- Action 12 : Encourager la professionnalisation et la structuration du secteur de l'aide à domicile
- Action 13 : Accompagner les familles pour favoriser le maintien à domicile
- Action 14 : Faciliter la mobilité des personnes âgées sur les territoires pour l'accès aux services, en lien avec le schéma départemental des transports interurbains (SDTI)
- Action 15 : Encourager l'offre de solutions de répit (accueil de jour-hébergement temporaire)
- Action 16 : Soutenir la réponse à la problématique de la désertification médicale
- Action 17 : Améliorer l'accompagnement pour l'adaptation des logements

Orientation 2 : Promouvoir les solutions intermédiaires

- Action 18 : Accompagner l'évolution de l'offre en famille d'accueil
- Action 19 : Adapter le suivi des personnes handicapées en famille d'accueil
- Action 20 : Développer une offre nouvelle de logements adaptés
- Action 21 : Travailler avec les bailleurs sociaux sur l'adaptation des logements lors de la réhabilitation
- Action 22 : Travailler au maintien du dispositif des CART pour l'intégration sociale et professionnelle des jeunes adultes handicapés
- Action 23 : Soutenir des dispositifs d'accompagnement à domicile des personnes handicapées psychiques

AXE 3 : DIVERSIFIER ET AMELIORER L'OFFRE EN ETABLISSEMENTS ET SERVICES MEDICO-SOCIAUX

Orientation 1 : Mettre en adéquation l'offre aux besoins

- Action 24 : Accompagner la mise en œuvre du plan autisme national
- Action 25 : Redéfinir et adapter l'offre d'hébergement et de suivi des personnes handicapées travailleurs d'ESAT
- Action 26 : Promouvoir les projets de transformation de places
- Action 27 : Développer et diversifier les dispositifs pour les personnes handicapées vieillissantes

Orientation 2 : Travailler sur la qualité de l'accompagnement

- Action 28 : Améliorer la qualité de l'accompagnement en EHPAD en encourageant l'ouverture des établissements sur l'extérieur
- Action 29 : Renforcer la qualité des prestations en établissement

Les réflexions menées dans le cadre de ce schéma départemental de l'autonomie l'ont été dans un contexte particulier : des plans nationaux en cours d'élaboration ou de mise en œuvre (Autisme, Maladies Neuro-dégénératives,...) ; la préparation du projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement.

De fait, les orientations présentées ci-dessus se définissent comme des grandes orientations stratégiques qui s'inscrivent dans un calendrier et dont certaines se déclineront dans des programmations annuelles.

PARTIE 1

PRESENTATION DU TERRITOIRE MAIA

I. LE TERRITOIRE DU DISPOSITIF MAIA SUD VIENNE

En 2012, le GCS Réseau gérontologique Ville-Hôpital du Grand Poitiers a répondu à l'appel à candidatures de l'ARS Poitou-Charentes pour développer un dispositif MAIA sur le Nord Vienne. Sa candidature a été appuyée et soutenue par le Conseil Général de la Vienne.

Ce projet a été retenu et le dispositif s'est déployé dès le mois de juin 2012, couvrant ainsi 23 cantons.

En se manifestant pour ce nouvel appel à candidatures, le GCS Réseau gérontologique Ville-Hôpital du Grand Poitiers a souhaité répondre :

- A une demande de la Conférence de Territoire de la Vienne
- A une demande constante des professionnels rencontrés d'obtenir une couverture totale du département par les acteurs de la coordination gérontologique, et notamment du dispositif MAIA
- A un souci de cohérence territoriale en portant les deux dispositifs MAIA du département

Ainsi, le GCS a souhaité porter les deux dispositifs MAIA du département à plusieurs titres :

- Favoriser la même philosophie de simplification territoriale et le même accompagnement auprès des personnes suivies sur le nord comme sur le sud du département.
- Garantir la participation des acteurs du département au même rythme, sur les mêmes axes de travail et faciliter l'effectivité des décisions prises.
- Simplifier la lisibilité du système actuel d'offres et de services sur le territoire, notamment pour les professionnels.

La couverture du département par 2 dispositifs MAIA a été l'occasion de réinterroger la territorialité de chacun d'eux, notamment concernant les territoires d'intervention des gestionnaires de cas (3 gestionnaires de cas pour la MAIA Nord et 2 gestionnaires de cas pour la MAIA Sud). Cette réflexion aboutit à la proposition suivante :

- Extension du territoire du dispositif MAIA nord sur les cantons suivants : Saint-Julien l'Ars, Pleumartin, et la partie nord du canton de Saint-Savin.
- Déploiement du dispositif MAIA sud sur les autres cantons du département non couverts par la MAIA nord.

Selon l'INSEE, le territoire MAIA Sud comprend 14 cantons et la moitié du canton de Saint-Savin pour une superficie totale de 3 890 km², soit un peu plus de la moitié du département.



Source : MAIA 86

- Territoire MAIA Nord Vienne
- Territoire MAIA Sud Vienne

II. POPULATION ET CONTEXTE DE VIE

A. Les données populationnelles

1. Structure et répartition de la population

1.1 Rappel sur le contexte départemental de la Vienne

Le département de la Vienne comptait 428 447 habitants en 2011. (*Données INSEE*)

- Les plus de 60 ans y représentaient près du quart de la population : 107 389 habitants (25,06%). Cette part atteindrait 30% de la population départementale en 2020.
- Les plus de 75 ans y représentaient 10% de la population départementale : 44 230 habitants.

Cela aboutit à une densité de 61,3 hab. au km². Le taux d'urbanisation départemental est de 55,80% (*données du Sénat, 2003*).

Entre 2006 et 2020, pour la Vienne, les personnes ayant entre 60 et 79 ans augmenteraient de 39% et les plus de 80 ans de 41%. (*Source : INSEE, projection Omphale*).

Le découpage par bassins de vie

Le département est découpé en 25 bassins de vie qui correspondent aux flux de population.

En France, les bassins de vie sont définis comme les plus petits territoires au sein desquels les habitants ont accès aux équipements et services les plus courants. C'est dans ces contours que s'organise une grande partie du quotidien des habitants. Chaque bassin de vie est construit autour d'un pôle de services : professionnels de santé de premier recours mais aussi école, gendarmerie, supermarchés...

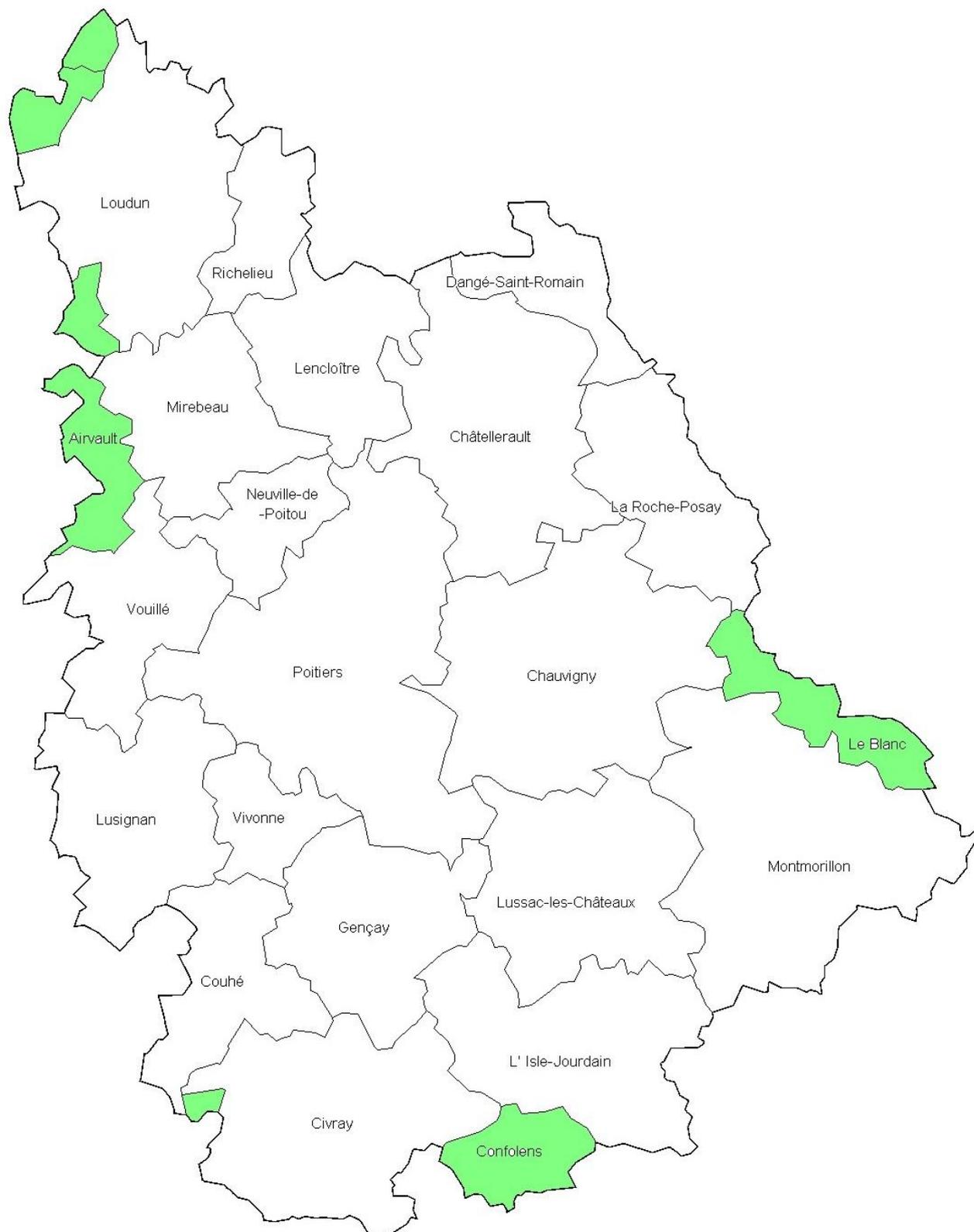
Bassins de vie	Communes comprises dans le bassin de vie	Population 75 ans et plus en 2010
Airvault (79)	Cherves ; Craon ; La Grimaudière ; Maisonneuve Massognes ; Moncontour	1912 (canton total)
Châtelleraut	Antran ; Availles en Châtelleraut ; Bonneuil-Matours Cenon sur Vienne ; Châtelleraut ; Chenevelles Colombiers ; Ingrandes ; Leigné sur Usseau Mondion ; Monthoiron ; Naintré ; Oyré Saint Sauveur ; Senillé ; Thuré ; Usseau Vaux sur Vienne ; Vouneuil sur Vienne	6 643
Chauvigny	Archigny ; Bellefonds ; Bonnes ; La Bussièrès La Chapelle Moulière ; Chauvigny ; Fleix Fleuré ; Jardres ; Lauthiers ; Lavoux Leignes sur Fontaine ; Liniers ; Paizay-le-sec Pouillé ; La Puye ; Saint Julien l'Ars ; Valdivienne Sainte Radégonde ; Saint Savin ; Tercé	2 562
Civray	Asnois ; Blanzay ; Champagné le sec ; Champniers La Chapelle Baton ; Charroux ; Chatain ; Civray Genouillé ; Joussé ; Lizant ; Mauprévoir Payroux ; Saint Gaudent ; Saint Macoux Saint Pierre d'Exideuil ; Saint Romain ; Saint Saviol Savigné ; Surin ; Voulême	2 155
Confolens (16)	Availles-Limouzine ; Pressac	1 766 (canton total)
Couhé	Anché ; Brux ; Ceaux en Couhé ; Chatillon ; Chaunay Couhé ; Payré ; Romagne ; Veaux ; Voulon	1 205
Descartes (37)	Buxeuil ; Dangé Saint Romain ; Leugny ; Mairé Les Ormes ; Port-de-Piles ; Saint Rémy sur Creuse Vellèches	856 (canton total)
Gencay	Brion ; Champagné saint Hilaire ; La Ferrière Airoux Gencay ; Magné ; Marnay ; Saint Laurent de Jourdes Saint Maurice la Clouère ; Saint Secondin Sommières du Clain	1 102

L'Isle Jourdain	Adriers ; Asnières sur Blour ; L'Isle Jourdain Luchapt ; Millac ; Moussac ; Mouterre-sur-Blourde Nérignac ; Saint Martin l'Ars ; Usson du Poitou Le Vigeant	1 206
La Roche Posay	Angles sur l'anglin ; Coussay les Bois ; Leigné les Bois Lésigny ; Pleumartin ; La Roche Posay ; Saint Pierre de Maillé ; Vicq sur Gartempe	982
Le Blanc (36)	Béthines ; Liglet ; Nalliers ; Saint Germain	332
Lencloitre	Berthegon; Cernay; Doussay; Lencloitre; Orches Ouzilly; Saint Christophe; Saint Genest d'Ambières Saint Gervais les trois clochers ; Saires Savigny sous Faye ; Scorbé Clairvaux ; Sérigny Sossais	1 254
Loudun	Angliers ; Arcay ; Aulnay ; Basses ; Beuxes ; Bournan Chalais ; Curçay sur Dive ; Glénouze ; Guesnes La Chaussée ; La Roche Rigault ; Les Trois Moutiers Loudun ; Martaizé ; Messemé ; Mouterre-Silly Ranton ; Roiffé ; Saint Clair ; Saint Laon Sammarçolles ; Ternay ; Vezières	2 141
Lusignan	Celles Levescault ; La Chapelle montreuil ; Cloué Coulombiers ; Curzay sur vonne ; Jazeneuil Lusignan ; Rouillé ; Saint Sauvent ; Sanxay	1 346
Lussac les Châteaux	Bouresse ; Chapelle Viviers ; Civaux ; Goux Lhonnaizé ; Lussac les Châteaux ; Mazerolles Moulismes ; Persac ; Queaux ; Sillars ; Verrières	1 311
Mirebeau	Amberre ; Champigny le sec ; Chouppes ; Coussay Cuhon ; Mazeuil ; Mirebeau ; Saint Jean de Sauves Thurageau ; Varennes ; Verrue	1 027
Montmorillon	Antigny ; Bourg-Archambault ; Brigueil le Chantre Coulonges ; Haims ; Jouhet ; Journet ; Lathus Saint Rémy ; Montmorillon ; Pindray Plaisance ; Saint Léomer ; Saulgé ; Tholet ; La Trimouille ; Villemort	1 999
Montreuil-Bellay (49)	Berrie ; Morton ; Pouançay ; Raslay Saint Léger de Montbrillais	285
Neuville de Poitou	Blaslay ; Chabournay ; Charrais ; Cheneché Cissé ; Neuville de Poitou ; Le Rochereau Vendeuvre du Poitou ; Yversay	1 116

Poitiers	Avanton ; Beaumont ; Béruges ; Biard ; Bignoux Buxerolles ; Chasseneuil du Poitou ; Croutelle Dienné ; Dissay ; Fontaine le Comte ; Gizay Iteuil ; Jaunay Clan ; Ligugé ; Marigny-Brizay Mignaloux Beauvoir ; Migné-Auxances ; Montamisé Montreuil-Bonnin ; Nieuil l'Espoir ; Nouaillé Maupertuis ; Poitiers ; Quincay ; Les Roches Prémaries ; Saint Benoit ; Saint Cyr Saint Georges les Baillargeaux ; Savigny Levescault Sèvres Anxaumont; Smarves; Vernon La Villedieu du Clain ; Vouneuil sous Biard	13 650
Richelieu (37)	Ceaux en Loudun ; Dercé ; Maulay ; Monts-sur-Guesnes ; Nueil sous Faye ; Pouant Princay	400 (canton total)
Saumur (49)	Saix	12
Sauzé-Vaussais (79)	Linazay	860 (canton total)
Vivonne	Aslonnes ; Château Larcher ; Marçay Marigny-Chemereau ; Vivonne	582
Vouillé	Ayron ; Benassay ; Chalandray ; Chiré en Montreuil Frozes ; Latillé ; Lavausseau ; Maillé ; Villiers Vouillé ; Vouzailles	1 360

Cette échelle permet de mieux travailler sur les trajectoires des malades car elle illustre réellement les déplacements des habitants, le découpage par cantons étant purement administratif.

Les bassins de vie du département de la Vienne



Les bassins de vie en vert sont majoritairement hors-département.
Source : IGN GEOFLA2002
Réalisation : ARS Poitou-Charentes, COSA

1.2 Contexte du territoire MAIA Sud Vienne

Au total, 134 communes sont couvertes par le dispositif MAIA, où résident 124 424 personnes dont 36 290 personnes de soixante ans et plus (29,16%).

Les cantons retenus pour le territoire MAIA représentent près de 29% de la population départementale :

- Les plus de 60 ans présents dans ces cantons correspondent à 33,79% des plus de 60 ans du département (soit 36 290 personnes).
- Les plus de 75 ans du territoire MAIA représentent 34,90% des plus de 75 ans du département (soit 15 437 personnes).

Le découpage administratif par cantons

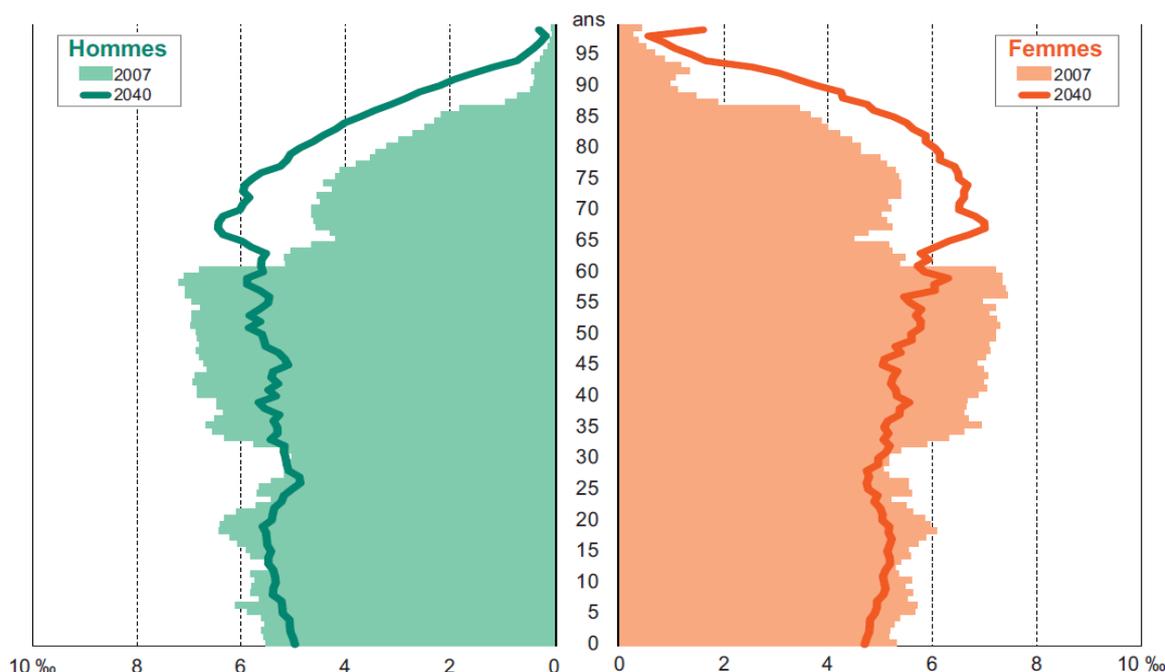
Canton et codes INSEE (2011)	Superficie en km ²	Nb de communes	Pop totale en 2011	Pop de 60 ans et plus	Pop de 75 ans et plus	Densité (hab. au km ²)
Availles-Limouzine (8601)	197,5	4	2997	1216	543	15,2
Charroux (8602)	212,1	9	3856	1464	604	18,2
Chauvigny (8604)	269,1	8	11371	3196	1404	42,3
Civray (8605)	198,3	12	8734	3214	1400	44
Couhé (8606)	223,2	10	7837	2429	1060	35,1
Gencay (8608)	326,9	10	8451	2707	1305	25,9
La Trimouille (8626)	315,7	8	2989	1219	476	9,5
La Villedieu du Clain (8628)	207,8	10	14702	3090	1046	70,8
L'Isle-Jourdain (8609)	339,8	10	4895	2072	985	14,4
Lusignan (8613)	304,7	9	11244	3017	1295	36,9
Lussac-les-Châteaux (8614)	318,8	10	8642	2616	1155	27,1
Montmorillon (8617)	336,4	8	10080	3598	1575	30
Saint-Savin (8625) (moitié du canton)	131,1	6	2491	951	439	19
Vivonne (8629)	165,5	6	9867	2081	771	59,6
Vouillé (8630)	343,5	14	16268	3420	1379	47,4
Total	3890	134	124 424	36290	15437	33,02

Projections :

La région Poitou-Charentes se caractérise par une population plus âgée que la moyenne nationale : les personnes de 60 ans ou plus représentent plus d'un quart de la population contre 21 % en France métropolitaine. Le Poitou-Charentes est la 4^{ème} région la plus âgée de France.

En 2040, la région devrait compter 2 062 070 habitants dont 689 900 personnes âgées de 60 ans ou plus, soit 34% de la population totale. Entre 2010 et 2030, le nombre de personnes âgées de 60 ans ou plus augmenterait de 42%, celles âgées de 75 ans ou plus de 49%.

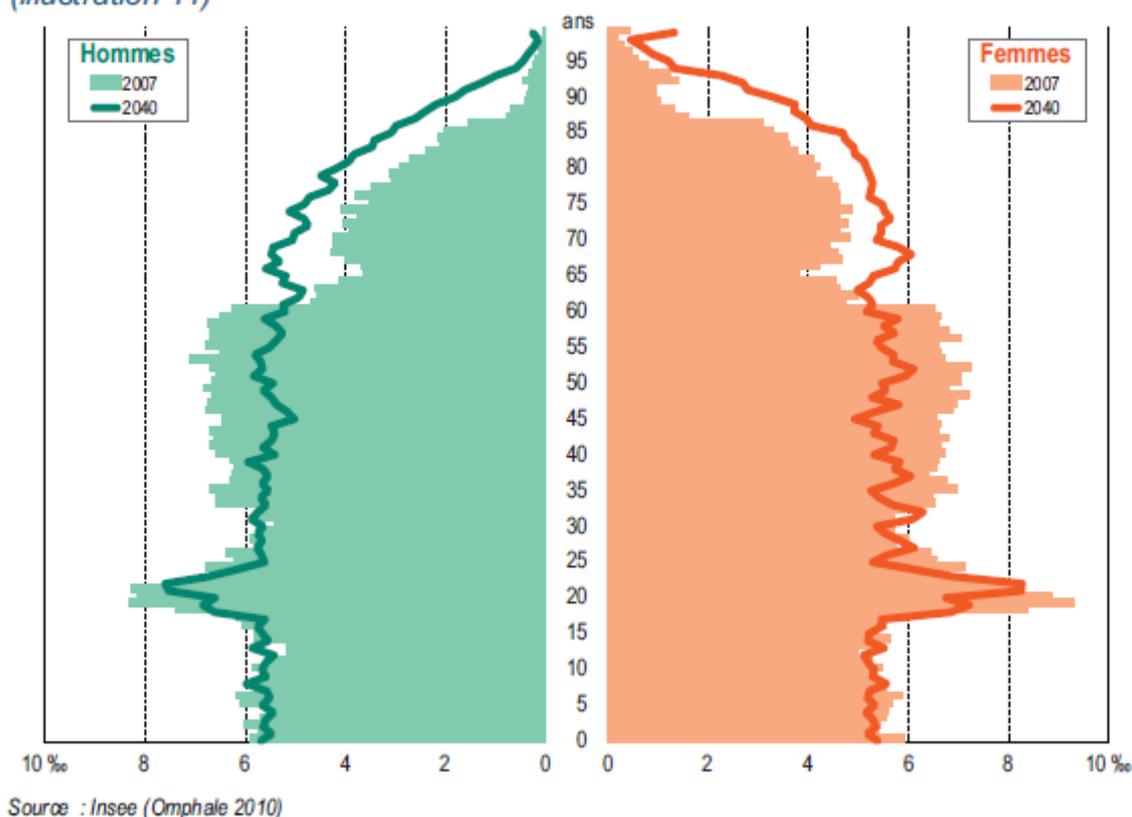
Pyramide des âges du Poitou-Charentes
Scénario central 2007-2040 - PSRS 2012



Dans la Vienne, si les conditions de santé demeurent identiques, le département passera de 97 000 en 2006 à 136 000 personnes de 60 ans et plus en 2020, soit +40 % en quatorze ans, un peu plus que l'augmentation régionale.

Pyramide des âges de la Vienne, scénario central 2007-2040

(illustration 11)



Les personnes âgées sont proportionnellement plus présentes en milieu rural. En 2006, elles représentent 34 % de la population de l'espace rural du sud du département et 30 % de l'espace nord. D'ici 2020, cette part continuera d'augmenter pour atteindre 44 % dans le sud et 42 % dans le nord. Cependant les aires urbaines sont les plus peuplées.

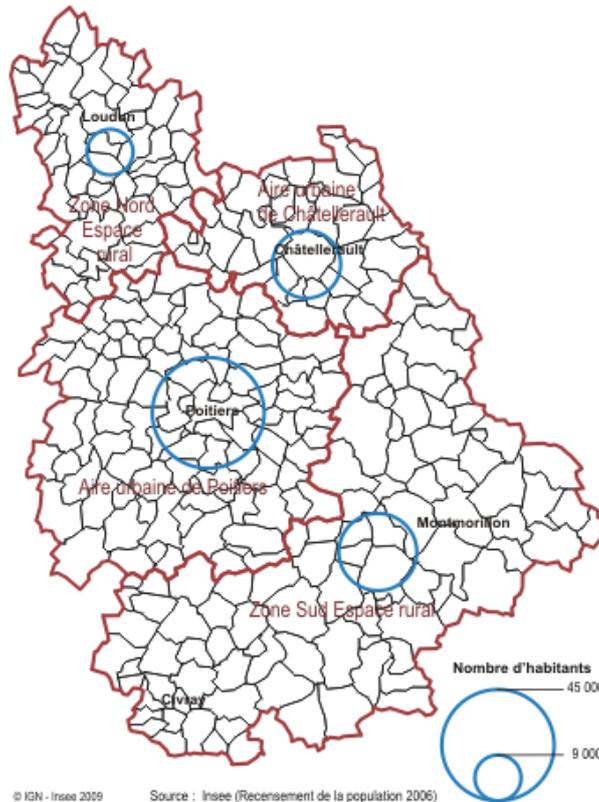
Ainsi en 2006, 46 % des personnes âgées de plus de 60 ans de la Vienne habitent dans l'aire urbaine de Poitiers. Ce phénomène de concentration devrait continuer, l'aire urbaine de Poitiers compterait 70 000 personnes âgées de 60 ans et plus en 2020, soit une augmentation de +55 % par rapport à 2006. Ainsi, dans la Vienne, plus d'une personne de 60 ans et plus sur deux y résiderait. L'aire urbaine de Châtelleraut, quant à elle, rassemblerait près de 25 000 personnes de 60 ans et plus, soit +33 % par rapport à 2006. Bien que l'explication principale de l'augmentation des personnes âgées soit l'arrivée dans ces âges des premières générations du baby-boom, l'allongement de l'espérance de vie va aussi augmenter le nombre des plus âgés d'entre eux.

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

(Source : INSEE Décimal Poitou-Charentes, n°308, 2010).

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

Population de 60 ans et plus



Face à ce constat et aux enjeux à venir, les réflexions et les solutions à apporter pour mieux accompagner nos aînés doivent être définies aujourd'hui.

Quel accompagnement souhaite-on offrir aux personnes âgées en perte d'autonomie ? Comment permettre un réel accès aux soins et aux services en toute équité sur le territoire ? Comment restructurer nos filières et nos offres de services dans la diversité des réponses et l'adaptation aux spécificités de territoire ? Comment travailler ensemble sur le parcours de vie de la personne âgée en raisonnant sur les besoins de la personne et non de manière cloisonnée en partant des services existants ?

2. La population dépendante

Ce vieillissement inéluctable de la population nécessite une anticipation des besoins spécifiques à cette tranche d'âge en termes de structures et de formations des professionnels, prenant aussi en compte l'augmentation du nombre de personnes dépendantes.

2.1 Rappel du contexte départemental de la Vienne

Au 30 juin 2014, 4 791 bénéficiaires vivant à domicile sont recensés pour le département (soit 4,46% des personnes de 60 ans et plus), dont :

- 101 personnes en GIR 1
- 651 personnes en GIR 2
- 933 personnes en GIR 3
- 3 016 personnes en GIR 4

2.2 Contexte du territoire MAIA Sud Vienne

Au 30 juin 2014, 1 794 bénéficiaires de l'APA étaient recensés dans les cantons du territoire MAIA Sud (canton de Saint-Savin intégralement compris). Ils représentent 37,44% des bénéficiaires du département et 4,94% des 60 ans et plus du territoire MAIA.

Bien que toutes les personnes atteintes d'une pathologie neuro-dégénérative ne soient pas dépendantes au sens de la grille AGGIR, cette proportion indique un nombre important de personnes de plus de 60 ans présentant un critère de fragilité.

3. Malades Alzheimer et malades apparentés

La détermination du nombre de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer est toujours délicate à établir, en raison de difficultés de diagnostic pour certaines personnes.

880 000 personnes seraient atteintes en France en 2011 dont 30 000 auraient moins de 35 ans. Une personne de plus de 65 ans sur quatre pourrait être atteinte en 2020, ce qui représenterait 2 millions de malades.

La maladie ne serait diagnostiquée que chez la moitié des personnes atteintes.

(Sources : INSEE ; INSERM, Dossier d'informations, 20 septembre 2011 ; Rapport de l'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé sur la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées, 2005)

Une annexe à l'instruction interministérielle du 7 janvier 2010 relative à l'application du volet médico-social du plan Alzheimer évalue à 2 066 le nombre de malades en ALD et/ou traités pour le département de la Vienne.

L'INSERM indique des taux de prévalence pour la maladie d'Alzheimer de :

- 0,5% avant 65 ans : il s'agit de formes familiales héréditaires rares
- 2% à 4% après 65 ans avec une augmentation rapide
- Environ 18% pour les plus de 80 ans

Au 1^{er} décembre 2014, sur le département, 470 assurés bénéficiaient de l'ALD 15 pour le régime agricole et 1945 bénéficiaires pour le régime général, soit 2 415 personnes pour ces deux régimes.

B. Un contexte socio-économique fragile

1) De faibles revenus, une difficulté pour concrétiser son choix de vie

Certains retraités ont de faibles revenus, pouvant entraver leur choix de vie. Ce constat est encore plus vrai en zone rurale où certains artisans, agriculteurs, n'ont pas beaucoup cotisé.

Pour un couple, un projet d'entrée en EHPAD peut mettre en difficulté le conjoint restant vivre à domicile : comment subvenir aux besoins de celui restant à la maison tout en payant l'EHPAD avec moins de 2000€ de revenus par mois ?

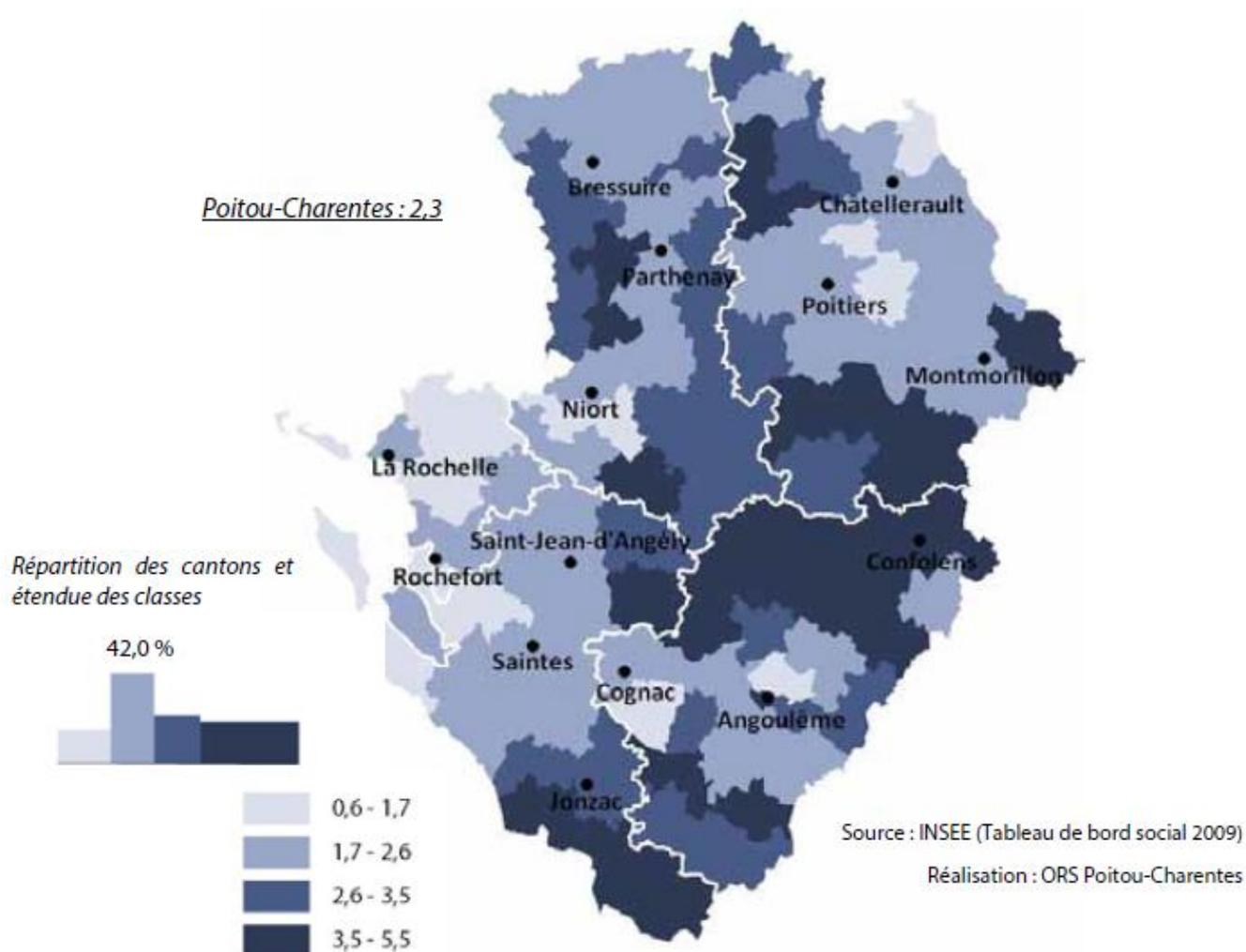
Revenu disponible et niveau de vie moyen selon l'âge du référent fiscal en 2007 (par mois)					Taux de pauvreté monétaire	
	revenu disponible moyen d'un ménage		niveau de vie moyen d'une personne		Taux de pauvreté selon l'âge du réfèrent fiscal du ménage	
	60-74 ans	75 ans et plus	60-74 ans	75 ans et plus	de 60 à 74 ans en %	75 ans et plus en %
Charente	2 498 €	1 913 €	1 772 €	1 517 €	10.4	16.8
Charente-Maritime	2 629 €	2 023 €	1 879 €	1 607 €	8.8	14.2
Deux-Sèvres	2 449 €	1 804 €	1 736 €	1 427 €	10.1	18.8
Vienne	2 585 €	1 893 €	1 846 €	1 519 €	9.2	17.2
Poitou-Charentes	2 559 €	1 929 €	1 822 €	1 534 €	9.4	16.3
France de province	2 640 €	2 037 €	1 860 €	1 631 €	9.5	11.8
France métropolitaine	2 765 €	2 145 €	1 934 €	1 719 €	9.7	11.0

Champ : ménages fiscaux (hors ménages en logement collectif et sans abri)
Source : Insee, revenus disponibles localisés 2007

L'INSEE, dans le Tableau de Bord social qu'il a dressé au 31 décembre 2009, a comptabilisé le nombre de bénéficiaires de minimum vieillesse du département. Cette allocation a été simplifiée depuis 2006 en une prestation unique : l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA). Cette prestation est accordée aux plus de 65 ans résidant en France de manière régulière, sous condition de ressources. Sur le département, on dénombre 2 400 bénéficiaires de cette allocation au 31 décembre 2009.

Sur le territoire MAIA Sud, 957 personnes étaient bénéficiaires de l'Allocation de Solidarité aux Personnes Agées (ASPA) au 31 décembre 2009. Cela représente 40% des bénéficiaires du département. Les zones rurales ont davantage de personnes de plus de 60 ans en situation de précarité. Ce facteur de pauvreté économique peut constituer un critère de situation complexe.

Part des bénéficiaires de l'ASPA parmi les plus de 60 ans



L'INSEE, en 2012, a recensé 2 219 bénéficiaires d'un minimum vieillesse sur le département de la Vienne sur 71 553 retraités, ce qui correspond à 3,10%.

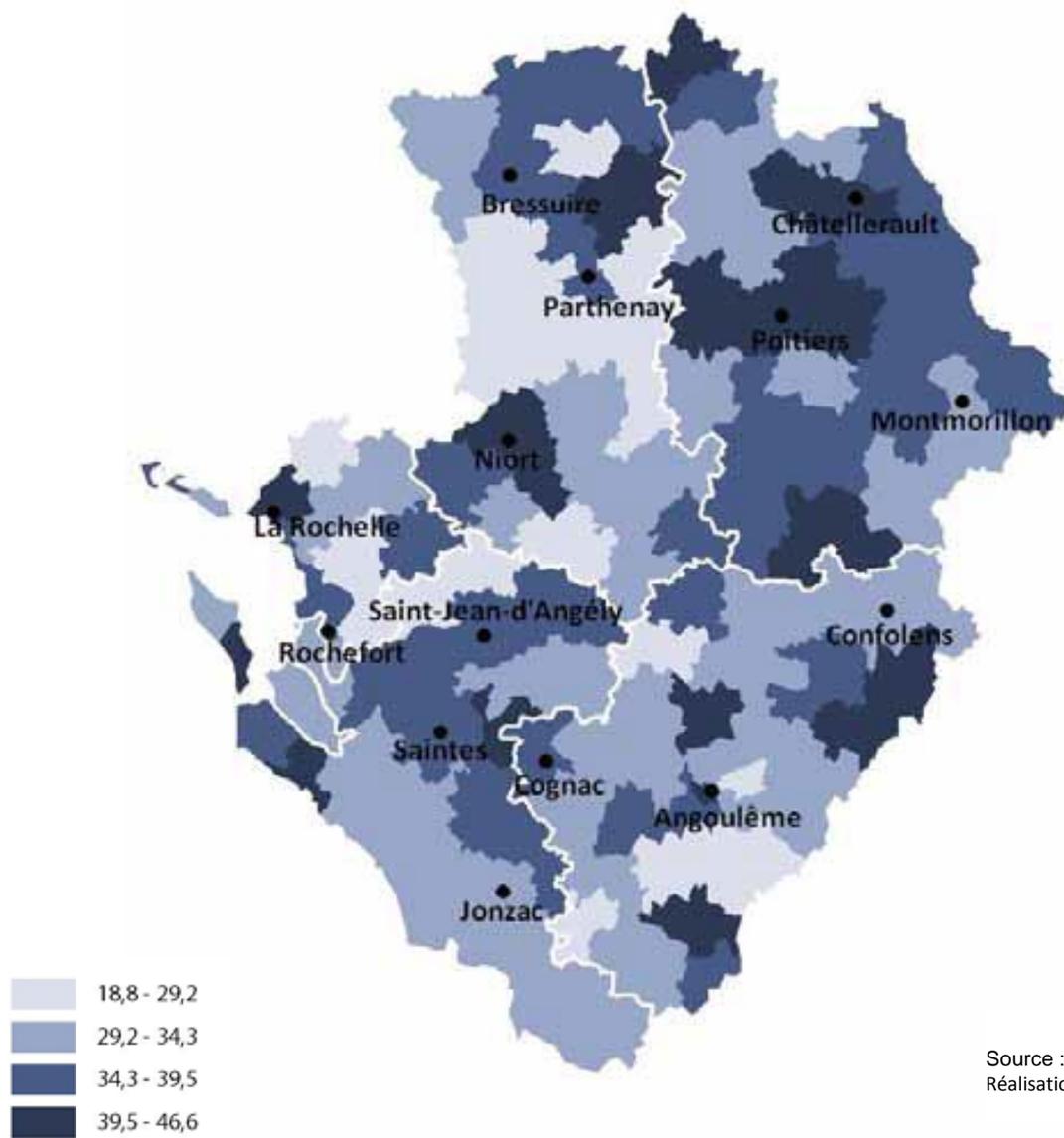
2) La solitude, corolaire de la dépendance ?

En 2007, près de 36% des picto-charentais âgés de 75 ans ou plus vivaient seuls, taux inférieur à la moyenne nationale qui est de 38,9%. Les proportions sont plus élevées dans les territoires urbains et péri-urbains.

C'est dans le département de la Vienne que la proportion de personnes âgées vivant seule est la plus importante. Une personne dépendante sur cinq serait seule dans son logement d'ici 2020.

Ce constat est encore plus problématique quand on sait que bien souvent, c'est la présence de l'aidant qui permet à une personne âgée en perte d'autonomie de rester vivre chez soi, lorsque cela en est le projet de vie.

Part des personnes âgées de plus de 75 ans vivant seules à leur domicile



PARTIE 2
LES RESSOURCES DU TERRITOIRE MAIA SUD

I. EQUIPEMENTS ET PROFESSIONNELS

A. Les établissements de soins : l'organisation de filières gériatriques

1) La définition et l'apport d'une filière de soins gériatrique

Les circulaires du 18 mars 2002, le plan solidarité grand âge 2007-2012 puis la circulaire du 28 mars 2007 ont défini la notion de filière gériatrique.

Avec le boom démographique des plus de 85 ans à l'horizon 2015, il y aura bien plus de personnes très âgées, souvent dépendantes, à domicile ; le nombre d'hospitalisation croissant avec l'avancée en âge, nous devons donc nous préparer à une augmentation de patients gériatriques hospitalisés mais éviter l'installation ou l'aggravation d'une dépendance difficilement réversible.

Or, trop souvent, l'offre de soins en milieu hospitalier reste limitée à une hospitalisation à temps complet majorant la survenue de tels risques, sans que soit envisagée une autre alternative².

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

Sur son territoire d'implantation, une filière propose les dispositifs de soins couvrant l'intégralité des parcours possibles du patient âgé prenant en compte le caractère évolutif et non toujours prévisible de ses besoins de santé.

Elle assure ainsi les évaluations gériatriques adaptées aux différentes situations cliniques et sociales et à l'objectif diagnostique et thérapeutique poursuivi, qu'il s'agisse de prévenir, de gérer une crise aiguë ou de réinsérer.

Elle garantit au patient âgé son orientation rapide en fonction de ses besoins, soit au sein de la filière, soit vers un service de spécialité non gériatrique.

Au sein d'une filière gériatrique, le patient âgé peut ainsi bénéficier :

- d'une palette complète de prises en charge spécifiques en gériatrie dans le cadre d'hospitalisations programmées et non programmées en fonction du niveau de complexité de sa situation clinique et sociale. Ces prises en charge sont assurées en consultations, en hospitalisation de jour, en hospitalisation complète d'une durée plus ou moins longue suivant qu'il s'agit d'une situation clinique aiguë relevant d'un bilan court programmable et d'une réinsertion rapide ou bien d'une situation clinique aiguë nécessitant un bilan approfondi ou une réadaptation, voire une institutionnalisation ;

- d'un avis gériatrique quel que soit le service dans lequel il sera hospitalisé, si possible préalablement à l'hospitalisation quand celle-ci est programmée ;

- d'un accès aux plateaux techniques dans les délais requis par son état de santé pour éviter toute perte de chance ;

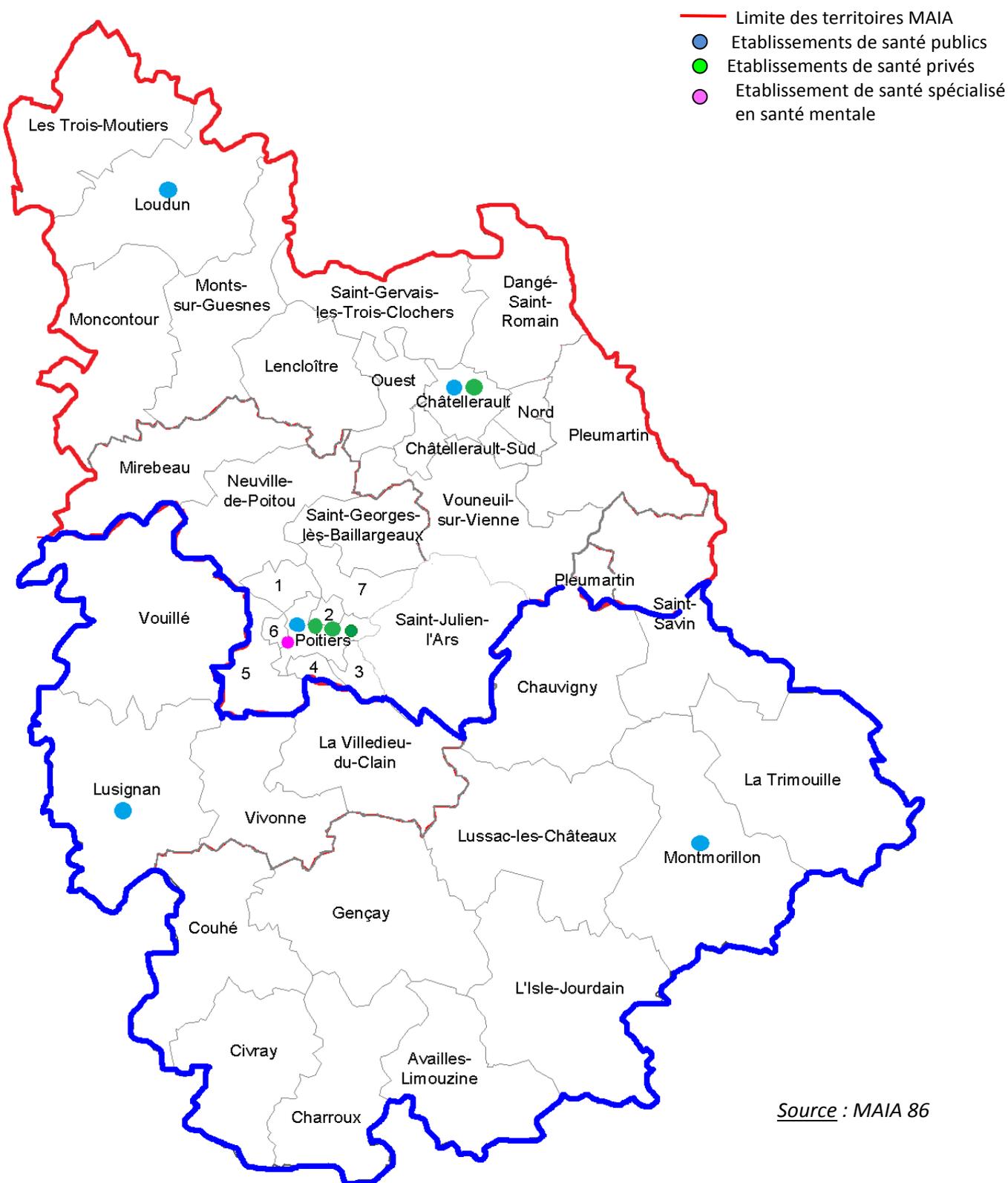
- d'un accompagnement de la sortie d'hospitalisation afin de réduire le risque de réhospitalisation³.

² Urgences 2012 : La filière de soins, Françoise Duquesne

³ Circulaire DHOS /02 n°2002-117 du 28 mars 2007 relative à la filière gériatrique

2) Etat des lieux sur le territoire MAIA Sud

Répartition des établissements de santé sur le territoire MAIA Sud



Source : MAIA 86

Le territoire MAIA compte ainsi 1 centre hospitalier et 1 site du CHU de Poitiers. L'établissement spécialisé en santé mentale et couvrant l'ensemble du département est également basé à Poitiers.

2.1 Les établissements de soins généraux

a) Présentation générale

Deux coopérations inter-hospitalières ont vu le jour sur le département :

- Le Centre Hospitalier Universitaire de Poitiers et le Centre Hospitalier de Lusignan ont fusionné ;
- Le Centre Hospitalier de Montmorillon est en direction commune avec le CHU de Poitiers

Services	Site de Lusignan	CH Montmorillon
Urgences	-	4 box + 2 lits UHCD
Court séjour gériatrique	-	-
Consultations mémoire	-	Oui
Centre Mémoire de Ressources et de Recherche	-	-
Hôpital de jour gériatrique	-	-
Soins de Suite et de Réadaptation	35 (dont 5 états végétatifs chroniques)	28
Unité de Soins de Longue Durée	30	42
Equipe mobile gériatrique interne	-	-
Equipe mobile gériatrique externe	-	-
EHPAD	164 places dont 12 en UVP	133 places dont 20 en UVP et dont 14 places en PASA
Unité d'Hébergement Renforcé	-	-
Unité Cognitivo-comportementale	-	-
Médecine polyvalente et interne	-	28
Court séjour neurologique	-	-
Hospitalisation A Domicile	-	5
Soins palliatifs dans le cadre de l'HAD	-	-
Hôpital de jour de rééducation	-	-

Les différents établissements de santé, à Lusignan et à Montmorillon, regroupent en tout :

► 6 lits d'urgence sur le Centre hospitalier de Montmorillon

Les box d'urgence peuvent accueillir les usagers pour des soins, pour une durée maximale de 24h.

Les lits d'UHCD (Unité d'hébergement de courte durée) peuvent accueillir les usagers, pour une durée maximale de 48h, lorsqu'ils sont en attente d'un lit dans un service ou nécessitent une surveillance avant de pouvoir rentrer chez eux.

► 1 consultation mémoire sur le Centre Hospitalier de Montmorillon

La consultation mémoire permet un diagnostic précoce des troubles amnésiques et des syndromes démentiels et propose un suivi coordonné ; elle recourt, si nécessaire, au centre mémoire ressource.

► 63 lits et places de SSR sur les deux sites

Solution d'aval des services de médecine et de chirurgie, ces services prennent en charge des patients nécessitant des soins polyvalents de réadaptation en vue d'un retour à domicile. Ces structures ont également vocation à admettre directement des patients venant du domicile en lien avec leur médecin traitant.

► 72 lits en Unité de Soins Longue Durée (USLD) sur les deux sites

Ces structures d'hébergement ont vocation à répondre aux besoins d'hébergement de personnes âgées dépendantes du territoire nécessitant des soins médico-techniques importants ; elles ont également vocation à accueillir des personnes dépendantes de moins de 60 ans.

► 14 places en PASA (Pôle d'Activités et de Soins Adaptés)

Ce sont des espaces dédiés au sein d'EHPAD, qui proposent, pendant la journée, aux résidents ayant des troubles modérés du comportement, des activités sociales et thérapeutiques. Ils constituent des espaces de vie spécialement aménagés, distincts du reste de l'établissement, avec un personnel spécifiquement formé.

Le site Statiss nous fournit également certaines données départementales au 1^{er} janvier 2013 :

- le taux d'équipement en lits de médecine (y compris HAD) pour 1000 habitants : 2,6 (contre en 2,2 en Poitou-Charentes et 2,3 en France métropolitaine)
- le taux d'équipement en lits de chirurgie pour 1000 habitants : 1,7 (contre 1,3 en Poitou-Charentes et 1,5 en France métropolitaine)

b) Focus sur les services d'Hospitalisation A Domicile (HAD)

L'Hospitalisation à domicile (HAD) est reconnue officiellement pour la première fois dans la loi hospitalière de 1970⁴. Vingt et un ans plus tard, des décrets d'application définissent les structures d'HAD comme « *des structures dites d'hospitalisation à domicile permettant d'assurer au domicile du malade, pour une période limitée mais révisable en fonction de son état de santé, des soins médicaux et paramédicaux continus et nécessairement coordonnés* ». ⁵

En référence à la circulaire du 30 mai 2000⁶, l'hospitalisation à domicile concerne des malades atteints de pathologies graves, aiguës ou chroniques, évolutives et/ou instables qui, en l'absence d'un tel service, seraient hospitalisés en établissement. Les malades ainsi pris en charge nécessitent des soins complexes, formalisés dans un projet thérapeutique comportant des aspects cliniques et psychosociaux.

L'HAD connaît une croissance rapide depuis une dizaine d'années. Elle ne représente cependant qu'une part minimale de l'offre de soins hospitaliers et ce malgré un coût de journée moindre pour l'Assurance Maladie qu'une journée en établissement de soins.

⁴ Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière (Loi Boulin)

⁵ Décret d'application n°92-1100 du 2 octobre 1992 concernant la loi hospitalière du 31 juillet 1991

⁶ Circulaire DH/EO2/2000/295 du 30 mai 2000 relative à l'hospitalisation à domicile

L'hospitalisation à domicile intervient dans des champs variés mais la périnatalité, les soins palliatifs et la cancérologie représentent près de 60% des séjours⁷. C'est une structure aidante pour les professionnels de santé, pour le patient et son entourage.

La composition des équipes d'HAD peut être assez variable, en fonction de l'ouverture plus ou moins marquée aux soins de support. Outre le médecin coordonnateur, l'infirmière coordonnatrice, les équipes d'aides-soignantes et d'infirmières, la structure d'HAD peut comprendre une assistante sociale, un kinésithérapeute, un ergothérapeute, une diététicienne, une psychologue...

L'HAD peut également travailler avec les libéraux de terrain et ainsi déléguer certaines tâches. Cependant, comme l'HAD est une structure hospitalière, tous les professionnels non-salariés de l'HAD doivent établir une convention avec la structure.

Trois critères sont indispensables pour pouvoir admettre un patient en HAD. L'état médical du patient doit permettre une prise en charge par la structure. Le domicile doit être adapté. Enfin et surtout, le patient et l'entourage doivent adhérer à la mise en place de l'HAD.

L'HAD intervient sur prescription médicale. La demande de prise en charge est formulée par le médecin hospitalier lorsque le patient est hospitalisé ou par le médecin traitant lorsqu'il est rentré à domicile. L'admission en HAD est ensuite décidée par le médecin coordinateur de l'HAD.

Suite à la demande, l'équipe de l'HAD rencontre le patient afin de faire le point sur sa situation médicale, sur son domicile, son entourage. Cette visite peut se faire dans le service d'hospitalisation ou au domicile selon les cas.

Un projet de soins va alors être établi et doit être signé par les deux médecins acteurs de la prise en charge du patient : le médecin coordonnateur de l'HAD et le médecin traitant. Le médecin coordonnateur assure la liaison avec les médecins hospitaliers et libéraux et coordonne les soins. Le médecin traitant lui, joue un rôle pivot puisque même lorsque la demande est formulée par le médecin hospitalier, la prise en charge ne peut se faire sans son accord. Le médecin traitant a ensuite la responsabilité de la prise en charge et doit rendre visite au patient régulièrement.

⁷ Rapport IGAS, Hospitalisation à domicile, Novembre 2010

Sur le département, trois services d'HAD sont présents.

Service	Nb de places autorisées	Territoire d'intervention	Composition de l'équipe/ Soins de support proposés	Soins palliatifs possibles
Service d'HAD de la Clinique Saint Charles	40	cantons de Neuville du Poitou, St Georges les Baillargeaux, Vouneuil sur Vienne, Poitiers, Chauvigny, St Julien l'Ars, la Villedieu du Clain, Gençay, Vivonne, Lusignan, Vouillé, Couhé et partiellement Civray et Charroux	Aide-soignante, assistante sociale, psychologue, ergothérapeute, IDE plaies et cicatrisation, IDE stomathérapeute	Oui
Service d'HAD du CHU de Poitiers	35 (30 places à Poitiers et 5 à Montmorillon)	30kms autour de Poitiers	1 médecin coordinateur, 1 cadre de santé, 3 infirmières coordonnatrices, 1 assistante sociale, 2 secrétaires	Oui
Service d'HAD du Groupe hospitalier Nord Vienne	27 (21 places à Châtelleraut et 6 places à Loudun)	20 kms autour de Châtelleraut et 20 kms autour de Loudun	Site de Châtelleraut : Aide-soignante, infirmière, assistante sociale et psychologue Site de Loudun : aide-soignante et assistante sociale et vacation du psychologue de l'EMSP	Oui

Les services d'HAD ont la particularité de travailler de manière conventionnée :

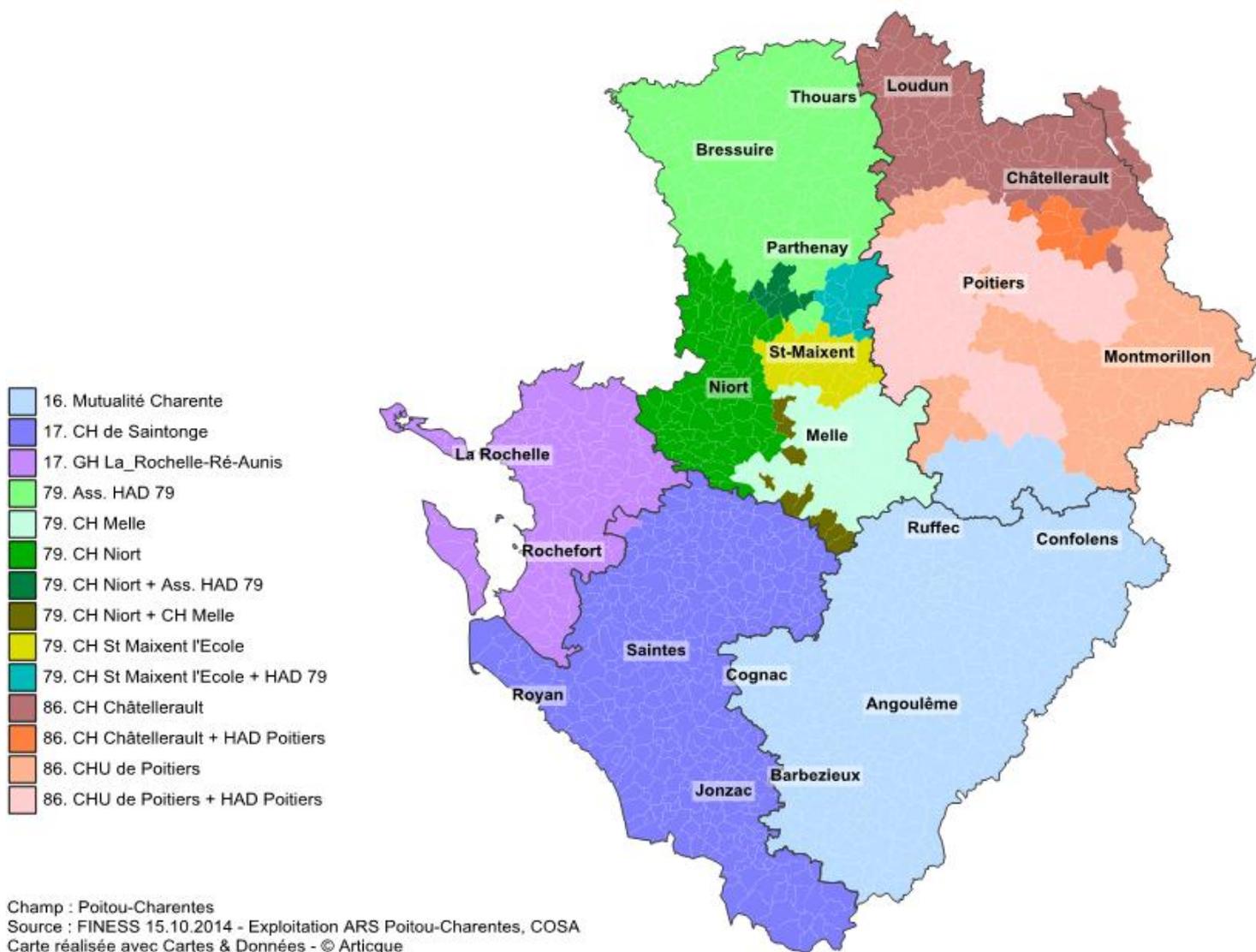
- Avec les infirmier(e)s libéraux pour les services d'HAD de la Clinique Saint Charles, du CHU et des sites hospitaliers de Loudun et de Châtelleraut. Ainsi, hormis les infirmières coordinatrices et salariées (du CHU), ce sont les infirmier(e)s libéraux des patients qui peuvent continuer à intervenir. Cependant, le site de Châtelleraut a conservé des infirmières salariées de l'HAD.
- Avec les masseurs-kinésithérapeutes libéraux pour les services d'HAD de la Clinique Saint-Charles, du CHU, du Groupe hospitalier Nord Vienne site de Châtelleraut et site de Loudun.
- Avec les aides à domicile d'un service d'aide à domicile pour le service d'HAD du CHU de Poitiers (convention avec le SSIAD du CCAS de Poitiers, et le SSIAD de la Mutualité) pour accompagner les infirmières sur des soins de nursing lourds.

Les autorisations données par l'ARS Poitou-Charentes aux différents services présents permettent de couvrir l'ensemble du département.

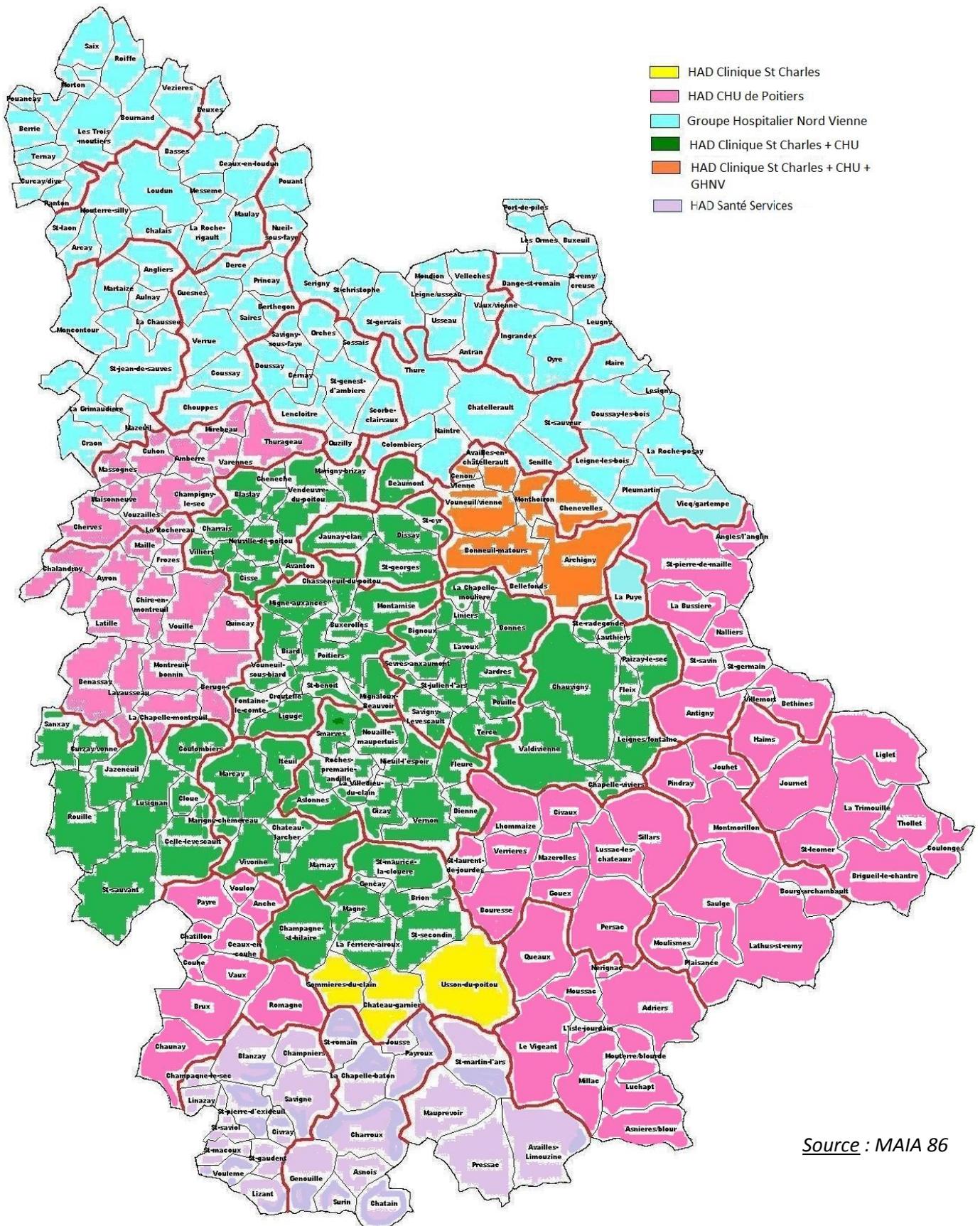
D'autres services hors département interviennent en cas de besoin sur des zones limitrophes :

- Santé Service de Charente sur les cantons d'Availles-Limouzine, Charroux et Civray
- L'HAD de l'hôpital du Blanc n'a pas d'autorisation pour intervenir sur le département de la Vienne mais le peut, à titre exceptionnel et sur dérogation

Aires d'intervention autorisées des services d'HAD sur la région au 15.10.2014



Aires d'intervention effectives des services d'HAD sur le département au 31.05.2015



Selon l'observatoire statistique ViaTrajectoire*, du 1^{er} septembre 2013 au 1^{er} septembre 2014 pour les patients de plus de 60 ans, 441 prescriptions d'HAD ont été adressées par les services prescripteurs de la Vienne. Ce qui représente 33% des prescriptions régionales d'HAD sur cette période.

60% des prescriptions en Vienne ont donné lieu à admission en HAD et les 40% restantes ont été annulées par les prescripteurs pour les premiers motifs suivants : « L'amélioration du patient a permis son retour à son domicile ou dans l'établissement médico-social d'accueil » (45%) ; « Patient décédé » (26%).

Le taux d'admission de la Vienne en HAD est identique au taux régional qui est de 59%.

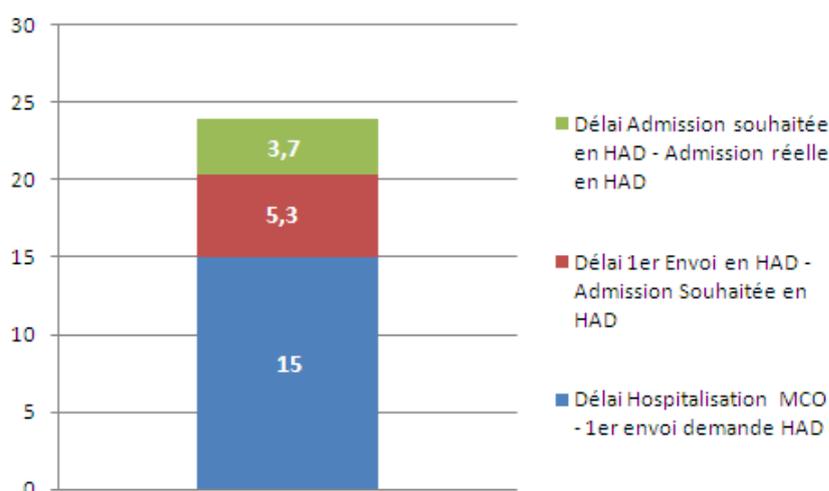
Le profil pathologique des patients de plus de 60 ans faisant l'objet d'une demande d'admission en HAD et étant effectivement pris en charge en HAD porte pour 27% des prescriptions sur la Cancérologie ; 15% sur l'Orthopédie-Traumatologie-Polytraumatismes ; 9% sur la Fragilité, polyopathologies et symptômes généraux et 8% sur la Cardiologie et les pathologies vasculaires.

La polypathologie s'illustre pour les plus de 60 ans par un panachage de profils pathologiques pour les 41% restants.

Concernant le délai moyen d'admission en HAD sur le département de la Vienne, pour les plus de 60 ans, il est de 24 jours (Durée Moyenne de Séjour totale entre le début de l'hospitalisation en court séjour et l'admission du patient en HAD).

Il est un peu plus élevé que le délai moyen d'admission en HAD régional qui est de 22,6 jours.

En Vienne, le délai moyen entre le début d'hospitalisation et la première demande d'HAD est de 15 jours. Le délai entre la date d'envoi de la demande d'HAD et l'admission réelle du patient dans le service est de 9 jours.



Source : * www.viatrajectoire.fr

Discussion :

On constate une différence entre les aires d'intervention autorisées par l'ARS et leur effectivité sur le territoire.

En effet, pour conserver une organisation efficiente, les services HAD ne peuvent se déplacer à plus de 20kms ou 30 min de route. Leur localisation sur le territoire ne leur permet donc pas de couvrir l'ensemble du département. L'ouverture prochaine de l'antenne de Montmorillon résoudra en grande partie cette problématique.

A leur faveur, les services d'HAD sont souples quant à leurs territoires interventions. Si l'état d'un patient le nécessite et que l'organisation des tournées permet d'accompagner un malade situé en dehors de leur secteur, les services interviennent.

Les services d'HAD estimerait utile une réflexion plus globale sur les aires d'intervention des services d'HAD, sans se limiter à ceux présents sur le département. Ainsi, il est parfois plus pertinent qu'un service d'HAD hors département intervienne sur certains cantons limitrophes de la Vienne, car ayant moins de temps de trajet (antenne de Parthenay, antenne du Blanc...).

De la même manière, certains services du département pourraient étendre leurs territoires aux départements limitrophes (Maine et Loire, Indre et Loire...).

Certains cantons ne comptent aucun masseur-kinésithérapeute libéral. Cela est une réelle problématique pour les soins de rééducation des personnes âgées.

De plus, pour ces personnes qui nécessitent une prise en charge par ces professionnels, un frein important apparaît dès lors que le masseur-kinésithérapeute exerce son activité uniquement en cabinet et ne se déplace pas au domicile.

Dans le cadre du programme pluriannuel de développement des soins palliatifs mis en œuvre par l'Etat en 1999, la CNAMTS a mis en place un dispositif, financé sur le budget du Fonds National d'Action Sanitaire et Sociale (FNASS), visant à soutenir le maintien à domicile.

De nouvelles modalités de recours ont été définies début 2014.

Il s'adresse aujourd'hui à toute personne malade en fin de vie, sans critère d'âge (affiliée à la CPAM de la Vienne) et sert à financer uniquement les heures de garde malade (les prestations spécifiques et non remboursables au titre légal en sont exclues), qu'elles soient réalisées en mandataire ou par le biais d'un service prestataire. Ce fond est attribué sous condition de ressources :

Niveau de ressources	Ressources		Montant maximum de l'aide	Participation de l'assuré
	Personne seule	Couple		
1er niveau	25 000 € / an	41 250 € / an	3 000 €	10%
2e niveau	37 500 € / an	50 000 € / an	2 600 €	15%

La demande doit être envoyée à la CPAM de la Vienne avec un certificat médical émanant d'un médecin hospitalier, attestant de la situation de fin de vie de la personne concernée. Sous 48h, la CPAM donne un accord de principe valable 3 semaines. La CARSAT, durant ce délai, viendra à domicile réaliser l'évaluation définitive. Ce fond peut être renouvelé une fois si l'état de santé de la personne le nécessite.

Concernant les liens avec les EHPAD, les 2/3 d'entre eux ont conventionné avec les services d'HAD. Cependant, ces derniers regrettent encore le peu de sollicitations des établissements, certainement lié à un manque de connaissance de leurs possibilités d'intervention.

Les demandes proviennent à environ 80% des établissements hospitaliers.

Les conventionnements avec les professionnels libéraux de secteurs favorisent néanmoins les liens avec les services d'HAD. Ces professionnels ont également une bonne connaissance des situations des patients et peuvent faciliter l'intervention de l'HAD.

Concernant les relais de prise en charge par les SSIAD, les services d'HAD observent un délai d'attente qui peut aller jusqu'à 2 ou 3 semaines, les obligeant soit à poursuivre leur accompagnement alors que celui-ci ne relève plus de leur mission, soit à solliciter l'intervention des services d'aides à domicile et d'un professionnel libéral si nécessaire.

L'HAD est encore majoritairement sollicitée pour un accompagnement en soins palliatifs, de l'orthopédie et de l'antibiothérapie. Certains services déplorent le manque de sollicitation de l'HAD pour les personnes âgées à domicile et notamment pour les malades Alzheimer.

L'accompagnement des personnes âgées soulève une autre difficulté pour les services d'HAD. En effet, les personnes âgées sont souvent seules. Or, l'HAD n'est possible que si un aidant est présent auprès du malade.

Les vastes territoires couverts impliquent des temps de route importants, impactant l'activité des équipes.

Les services d'HAD du CHU de Poitiers et de la Clinique Saint-Charles de Poitiers ont conventionné avec le SSIAD du CCAS de Poitiers et le SSIAD de la Mutualité, permettant des accompagnements conjoints dans les situations les plus lourdes. (Intervention en binôme HAD/SSIAD ou augmentation du nombre de passages quotidiens).

Le but recherché est d'éviter le turn-over de professionnels auprès de la personne âgée. La relation de confiance établie et la connaissance de l'histoire de vie de la personne favorisent un accompagnement de qualité et la compréhension de certaines réticences ou difficultés d'acceptation.

Le logiciel Trajectoire est systématiquement utilisé mais souvent doublé d'un appel téléphonique au service concerné, afin de s'assurer que les critères d'admission soient remplis et que le service puisse intervenir avant de faire la demande via le logiciel (gain de temps mis en avant).

c) Les services de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR)

A la suite d'un séjour hospitalier, la situation médicale d'un patient, âgé ou pas, peut nécessiter la poursuite des soins en rééducation et réadaptation (prise en compte de la dimension sociale).

Les soins de suite correspondent à la nouvelle dénomination de ce type de prise en charge. Il existe des soins de suite polyvalents qui accueillent tout type de patient au terme d'un séjour hospitalier pour une affection aiguë médicale ou chirurgicale, et des soins de suite spécialisés (affections de l'appareil locomoteur et du système nerveux...).

Les soins de suite à orientation gériatrique sont des soins de suite spécialisés des affections de la personne âgée polypathologique en perte d'autonomie ou à risque de dépendance (à partir de 75 ans). Dans la mesure du possible, la priorité du service sera le retour du patient à son domicile et sa réinsertion progressive dans son contexte familial. L'équipe s'articule autour du médecin gériatre et comprend des kinésithérapeutes, des ergothérapeutes, des psychologues, des psychomotriciens et des assistantes sociales. Ces dernières jouent un rôle majeur dans la prise en charge du patient.

La demande peut être faite par le médecin traitant lorsque le patient se trouve à domicile et qu'il nécessite une rééducation et des soins, ou par le médecin référent du service de court séjour où le patient est hospitalisé. L'inscription se fait par le logiciel Trajectoire*.

Capacités d'accueil des établissements SSR en Vienne au 30 décembre 2014

Raison sociale	Lits et places	Mode	Pathologies admises
SSR GROUPE HOSPITALIER NORD VIENNE Site de CHATELLERAULT	55	Hospitalisation Complète (HC)	- Polyvalence (15 lits) - Gériatrie (40 lits)
SSR GROUPE HOSPITALIER NORD VIENNE Site de LOUDUN	25	HC	- Polyvalence
SSR CH DE MONTMORILLON	28	HC	- Polyvalence
SSR CH DE LUSIGNAN	35	HC	- Polyvalence
SSR CHU DE POITIERS	141	HC HDJ pour la réadaptation	- 5 unités de SSR gériatriques (101 lits) - 1 unité de SSR spécialisée en neurologie et orthopédie (32 lits et 8 places d'HDJ)
LA COLLINE ENSOLEILLEE	80	HC	- Polyvalence - Dermatologie
CLINIQUE ST CHARLES	87	HC HDJ pour la réadaptation	- Polyvalence - Gériatrie - Appareil locomoteur (39 lits et 10 places d'HDJ)
L'OREGON	80	HC	- Polyvalence - Gériatrie
SSRA "La Gandillonnerie"	70	HC	- Addictologie (activité relevant du territoire régional)
MOULIN VERT	54	HC HJ pour la pneumologie et cardiologie	- Cardiologie et pathologies vasculaires - Pneumologie médicale et chirurgicale (sauf cancers)
Centre Régional Basse Vision Troubles de l'Audition (CRBVTA)	10	HJ Cslt	- Déficiences sensorielles sévères

Source : * www.viatrajectoire.fr

665 lits et places de SSR toutes spécialités confondues sont installées sur tout le département (442 places en SSR polyvalents ou gériatriques).

Le taux d'équipement de la Vienne en lits de SSR est de 1,5 pour 1000 habitants au 1^{er} janvier 2012. Ce taux correspond à celui de la région Poitou-Charentes mais reste inférieur à la moyenne nationale (1,7).
(Source : Statiss - DREES - ARS - Données SAE 2012 déclarées par les établissements)

Dans le thesaurus utilisé, la famille pathologique « Fragilités, polypathologies, symptômes généraux » comprend une sous-famille dénommée « Troubles cognitifs et démences et Troubles du comportement liés aux pathologies démentielles ». Cette thématique permet notamment d'accompagner des patients répondant à un certain profil :

- MCI ou pathologie démentielle légère, révélés par dépistage ou à l'occasion d'une pathologie aiguë
- Pathologie démentielle avérée connue et suivie, sans pathologie aiguë invalidante
- Pathologie démentielle avérée connue et suivie, associée à une pathologie aiguë requérant des soins de rééducation-réadaptation
- Préparation à l'entrée en institution
- Démence sévère avec complications somatiques
- Troubles modérés ou sévères responsables d'une crise psycho-familiale
- Epuisement ou insuffisance de l'entourage
- Troubles du comportement violents et/ou imprévisibles, épuisement de l'entourage
- Syndrome de Diogène

Un passage en SSR répondant à cette discipline, peut permettre d'apaiser un contexte au domicile difficile et/ou de préparer un retour à la maison ou en EHPAD.

Le Centre Régional Basse Vision et Troubles de l'audition (CRBVTA) :

Le Centre Régional Basse Vision et Troubles de l'audition (CRBVTA) est un SSR qui pratique de l'hospitalisation de jour. Créé en 2009 à l'initiative de la Mutualité de la Vienne et de la Mutualité Anjou-Mayenne, le CRBVTA est un établissement privé à but non lucratif ayant le statut d'établissement de santé privé d'intérêt collectif (EPCI).

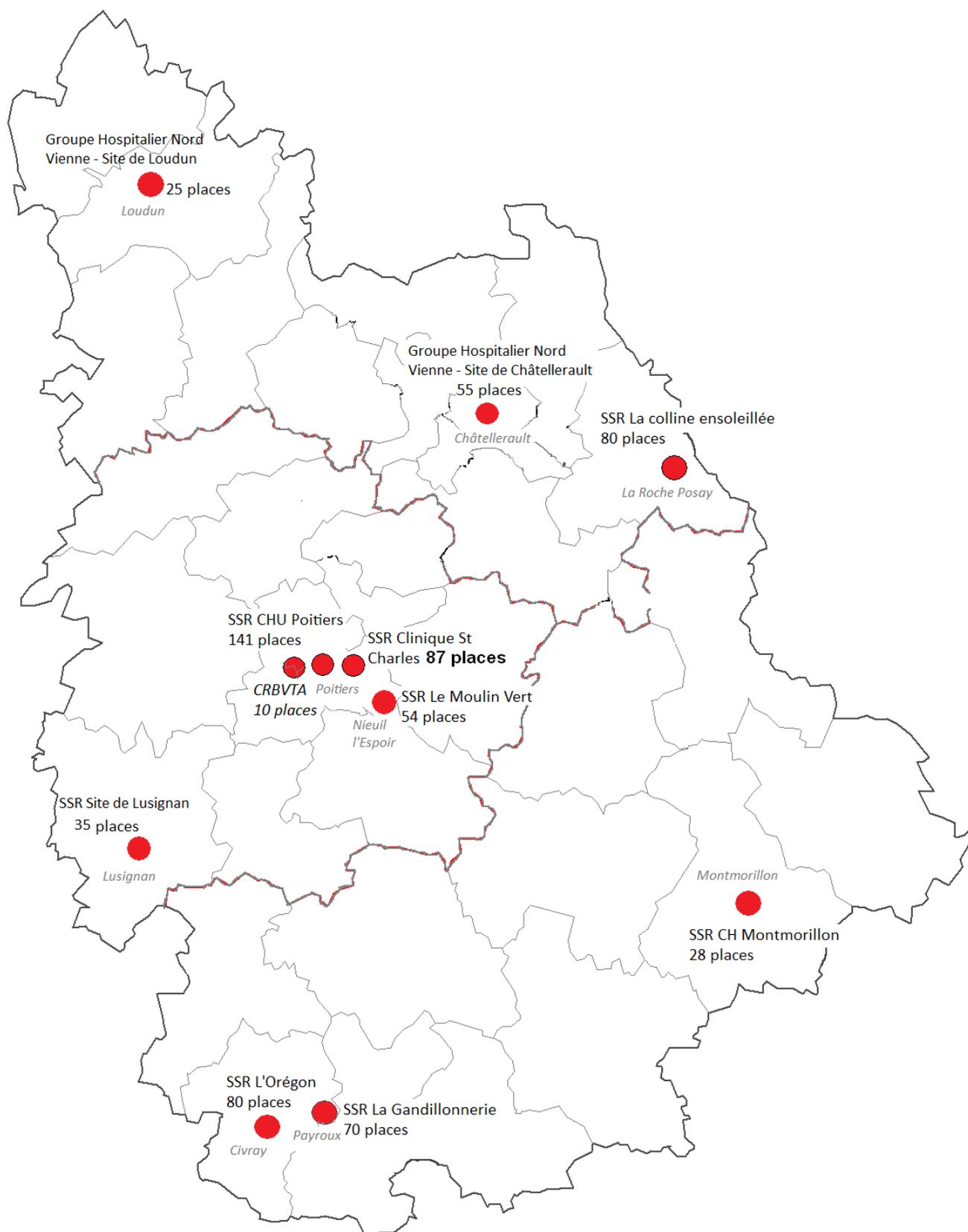
Au sein de ce service de SSR spécialisé en déficience sensorielle, l'équipe pluridisciplinaire propose, en hospitalisation de jour, une démarche d'évaluation et de réadaptation pour les patients présentant une déficience visuelle et/ou auditive.

L'objectif est de restaurer l'autonomie de la personne pour qu'elle retrouve une meilleure qualité de vie à travers des séances échelonnées sur plusieurs semaines. L'objectif du CRBVTA n'est pas d'appareiller les personnes mais de les aider à accepter et à vivre avec leurs appareillages. Il s'adresse aux personnes ayant une acuité visuelle inférieure à 4/10^{ème} (ou une réduction du champ visuel) et essentiellement pour les personnes ayant des acouphènes ou de l'hyper-acousie.

L'équipe d'accompagnement est pluri-disciplinaire et se compose d'un médecin ophtalmologiste, d'un médecin ORL, un audioprothésiste, un orthophoniste, un psychologue, un instructeur en locomotion, un ergothérapeute, un orthoptiste, un opticien, un assistant de service social.

En tant que SSR, les prestations sont prises en charge par l'Assurance Maladie et la Mutuelle.

Localisation et capacités des services de SSR dans la Vienne



Source : MAIA 86

Les établissements de santé prescrivent en majorité les SSR dans leur établissement.

5 746 admissions en SSR toutes pathologies confondues ont été réalisées du 1^{er} septembre 2013 au 1^{er} septembre 2014 dans les établissements de SSR du département. (*Source : Observatoire statistiques ViaTrajectoire*)

Estimation des besoins non-couverts par les services de SSR (période du 1^{er} septembre 2013 au 1^{er} septembre 2014):

Le logiciel ViaTrajectoire permet d'extraire une série de données sur les demandes et orientations en SSR.

Ainsi, tous sites et tous âges confondus, 2 508 demandes abouties ont été décrites par le prescripteur avec comme discipline requise : « Affections de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance ».

Seules 816 demandes (33%) ont eu une orientation conforme et ont donné lieu à une admission en SSR gériatrique. 1 538 patients ont été orientés en SSR polyvalents (61%), faute de place ou pour des conditions liées au patient ou à son environnement (absence de proximité du lieu de vie, de la famille...). A contrario, 302 demandes de SSR polyvalents ont conduit à une orientation en spécialité gériatrique (20%).

Les premiers motifs de refus d'admission opposés par les SSR sont les suivants : le patient ou la famille n'est pas domicilié sur le territoire couvert par l'unité (27%), aucune place dans un délai raisonnable (25%), le patient relève d'un autre type de prise en charge (19%) ou les soins requis dépassent les possibilités actuelles du service (15%).

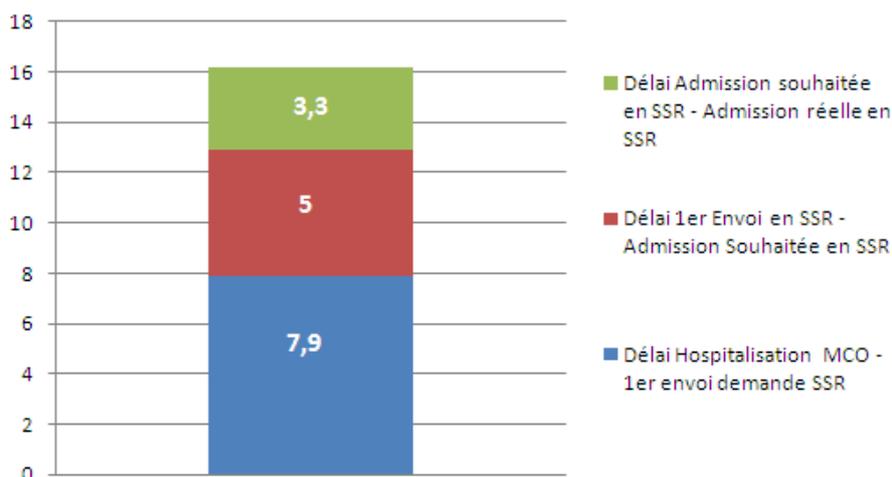
Pour les patients de plus de 60 ans en particulier, les premiers motifs de refus sont identiques.

Concernant le délai moyen d'admission en SSR sur le département de la Vienne, tous âges confondus, il est de 16,8 jours (Durée Moyenne de Séjour totale entre le début de l'hospitalisation en court séjour et l'admission du patient en SSR).

Pour les plus de 60 ans, il est légèrement inférieur puisque de 16,2 jours en moyenne.

Le délai moyen régional d'admission en SSR pour les plus de 60 ans est de 15,2 jours.

En Vienne, pour les plus de 60 ans, le délai moyen entre le début d'hospitalisation et la première demande de SSR est de 7,9 jours. Le délai entre la date d'envoi de la demande de SSR et l'admission réelle du patient dans le service est de 8,3 jours.



La durée moyenne de séjour en SSR gériatrique est de 25 à 30 jours.

Sur le 1er trimestre 2013, en Vienne, les séjours prolongés d'un jour et plus en MCO ont représenté 2 819 jours de dépassement (écart entre la date d'admission en SSR ou HAD souhaitée par le prescripteur et la date d'admission effective du patient en SSR ou HAD) soit **31 lits de MCO occupés chaque jour par des patients en attente de SSR ou d'HAD.**

Discussion :

Les services de SSR ont fait part des difficultés rencontrées avec les familles concernant la sortie d'un patient de SSR soit vers un EHPAD soit vers un retour à domicile. Certaines familles souhaitent un prolongement de la personne âgée en SSR pour des aspects financiers, permettant ainsi de retarder l'entrée en établissement et donc son financement jugé trop coûteux. Pour d'autres, il existe un frein à l'entrée en EHPAD lié à une représentation de l'EHPAD comme un « mouvoir » qui persiste encore de nos jours. De même les familles vont privilégier un EHPAD proche de leur lieu de vie, ce qui peut engendrer parfois une attente de places.

Selon ces services des personnes occupent des places de SSR en hospitalisation « de répit » alors qu'elles relèveraient d'un hébergement temporaire.

Le logiciel ViaTrajectoire est un outil bien conçu qui permet une « objectivation » des données.

2.2 L'établissement de santé spécialisé en santé mentale

Le Centre Hospitalier Henri Laborit est le seul établissement du département spécialisé en santé mentale et couvre l'intégralité de la Vienne.

La psychiatrie adulte est organisée en différents services d'hospitalisation (complète, partielle avec une prise en charge de jour ou de nuit et en ambulatoire).

a. La prise en charge psychiatrique ambulatoire

La prise en charge en ambulatoire de la psychiatrie de l'adulte est organisée autour de plusieurs Centres Médico-Psychologiques (CMP).

Ils regroupent des spécialistes (psychiatres, psychologues, infirmiers, assistantes sociales, ergothérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes...) et proposent une offre de soins mentaux. Ils assurent des consultations, des visites à domicile ou encore des soins infirmiers.

Le CMP est la structure principale de l'accueil en psychiatrie, il assure une fonction de pivot au cœur de chaque secteur de psychiatrie. Il doit permettre une meilleure accessibilité aux soins en assurant une présence hors des murs de l'hôpital, sur les lieux fréquentés par la population dont l'équipe pluridisciplinaire (médecins, psychologues, infirmiers, assistantes sociales, ...) a la charge.

Le CMP est un lieu de prévention. Le CMP offre un espace d'écoute, de soins permettant de prévenir l'aggravation de symptômes ou la détection précoce de pathologie.

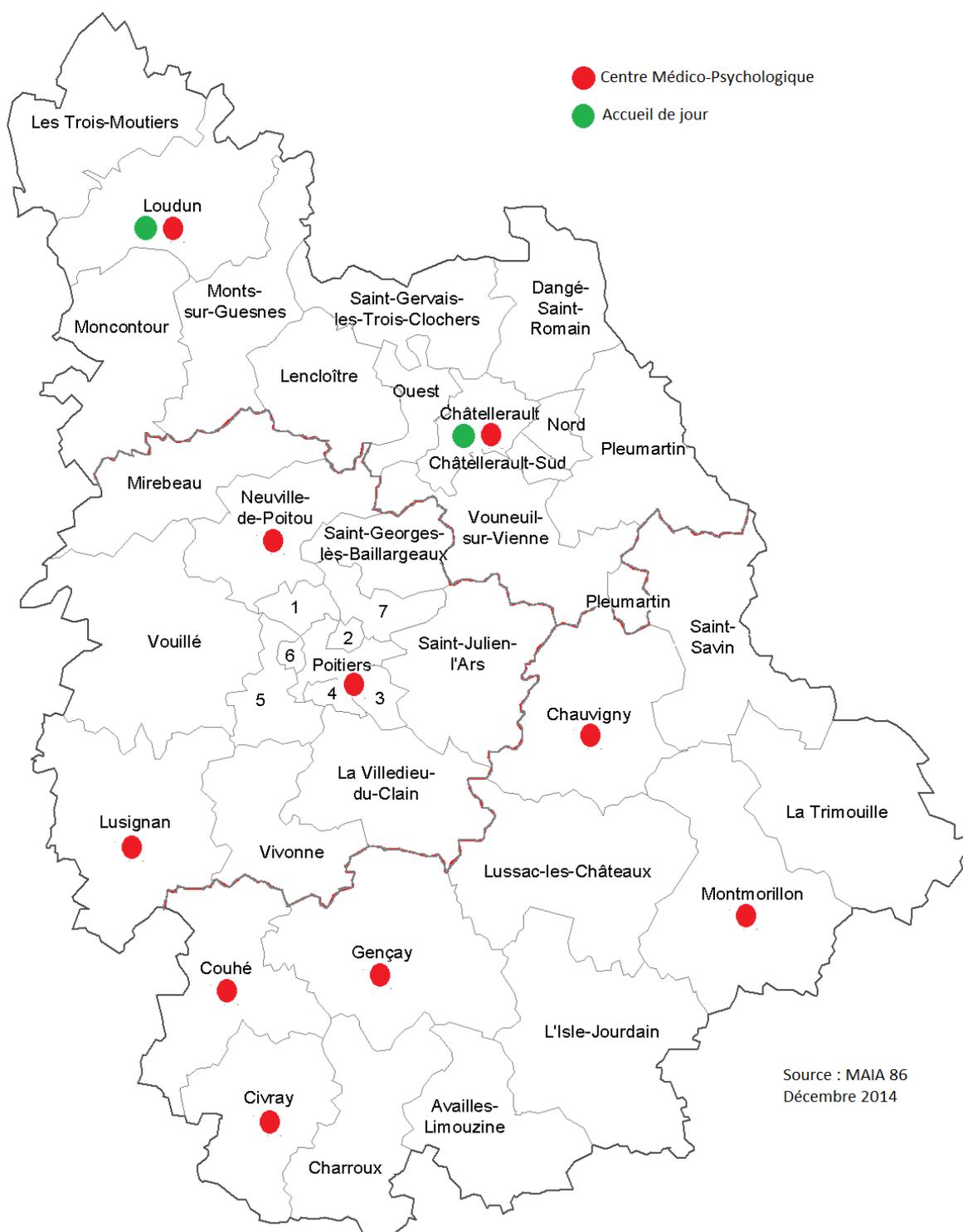
L'accès au CMP peut se faire soit sur rendez-vous, soit en urgence. Généralement, l'accueil est réalisé par une infirmière qui, au cours d'un entretien, évalue la ou les problématiques présentées et oriente vers le professionnel approprié. (Il est possible de solliciter directement un rendez-vous avec un professionnel particulier, comme un médecin ou un psychologue). L'orientation par le médecin traitant n'est pas obligatoire.

Le principe est la gratuité des consultations. Toute consultation réalisée par quelque professionnel que ce soit (tous sont tenus au secret professionnel) est gratuite.

Chaque secteur de psychiatrie dispose d'un CMP principal ouvert 5 jours sur 7 et de permanences sur différents points du secteur, accessibles quelques jours par mois. Chacun des 10 CMP est chargé d'un secteur géographique déterminé.

Des places d'accueil de jour sont également installées à Châtelleraut (2 places au CMP Ruetsch) et à Loudun (2 places au Groupe Hospitalier Nord Vienne, site de Loudun).

Répartition des CMP dans la Vienne au 31.12.2014



Source : MAIA 86
Décembre 2014

b. La prise en charge psychiatrique à la Fédération de Géro-psi-chi-at-rie

Le CHHL dispose d'une fédération de géronto-psychiatrie pour soigner les personnes de plus de 70 ans présentant des troubles psychiatriques :

- une unité d'hospitalisation de 18 lits pour les personnes présentant des troubles psychiatriques liés au vieillissement (dépression, délire, agressivité...). Il s'agit du pavillon Cousin qui est un pavillon d'accueil et d'orientation : il n'y a pas de long séjour. L'orientation se fait par le médecin traitant.
- une unité d'hospitalisation de jour de 16 places pour les personnes dépressives. L'unité Rubis accueille ces personnes 1 à 2 fois par semaine pour mener des activités de groupe (activité mémoire, gym douce, travaux manuels...) et des consultations avec les psychiatres. L'orientation se fait par le médecin traitant.

Pour être hospitalisée, la personne doit donner son accord. Cependant, lorsque les troubles mentaux de la personne rendent impossibles son consentement, et sous certaines conditions, la personne peut tout de même être hospitalisée :

- soins psychiatriques sur demande d'un tiers (directeur d'EHPAD, famille, médecin traitant...) : lorsque la personne nécessite des soins immédiats assortis d'une surveillance médicale. Deux certificats médicaux de deux médecins sont nécessaires.
- Soins psychiatriques sur demande d'un tiers en cas d'urgence (lorsqu'il existe un risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade) : les conditions sont les mêmes que celles énoncées ci-dessus mais un seul certificat médical est nécessaire.
- soins psychiatriques en cas de péril imminent pour la santé de personne : la personne doit nécessiter des soins immédiats assortis d'une surveillance médicale et il doit exister un péril imminent pour la santé de la personne au moment de la date d'admission. Cette procédure intervient lorsqu'il est impossible d'obtenir une demande de soins par un tiers. Un seul certificat médical, émanant d'un médecin extérieur à l'établissement, suffit. Des certificats doivent ensuite être produits régulièrement au cours de l'hospitalisation.
- Le juge des libertés doit systématiquement contrôler les hospitalisations complètes prononcées suite à cette procédure dans un délai de 15 jours à compter de la date d'admission. Le juge peut ainsi lever l'hospitalisation sous contrainte à cette occasion. Une salle d'audience est prévue au pavillon Pinel.
- soins demandés par les représentants de l'Etat : cette procédure est sollicitée lorsqu'il existe un risque de danger pour autrui et pour la personne elle-même. Cette décision dépend du Préfet et de l'Agence Régionale de Santé. Le juge ne peut lever l'hospitalisation sous contrainte dans ce cas là. Il s'agit d'une hospitalisation au long cours qui a lieu au pavillon Cousin.

Une unité de psychiatrie de liaison intervient en EHPAD : 23 EHPAD sont ainsi conventionnés et peuvent bénéficier d'infirmiers de secteur psychiatrique mis à disposition pour suivre les personnes de plus de 70 ans ayant des troubles psychiatriques en établissement.

Les EHPAD conventionnés sont les suivants :

- EHPAD du CH de Lusignan
- Site hospitalier de Loudun : EHPAD
- Site hospitalier de Châtellerauld : EHPAD La Musardine + USLD
- CHU de Poitiers : unités d'hospitalisation + SSR + USLD
- EHPAD Les Tilleuls à Châtellerauld
- EHPAD Les jardins de Camille à Saint Benoît
- EHPAD Résidence les Cèdres à Payroux
- EHPAD Les Fougères à Migné Auxances

- EHPAD Résidence La Fontaine à Vendevre du Poitou
- EHPAD Théodore Arnault à Mirebeau
- EHPAD La Chèze d'Or à Latillé
- EHPAD Les capucines à Civray
- EHPAD La Brunetterie à Sèvres Anxaumont
- EHPAD Les Marronniers à Chauvigny
- EHPAD Louis Aragon à Naintré
- EHPAD Les Rousselières à Pleumartin
- EHPAD à Châtellerauld
- EHPAD Le Pré Saint Jean à Saint Jean de Sauves
- EHPAD Le petit clos à Mignaloux Beauvoir
- EHPAD Pierre Péricard à Civaux
- EHPAD L'arc en ciel à Neuville de Poitou
- EHPAD Le Pontreau St Lucien à Lençloître
- EHPAD Résidence d'or à Montmorillon

Une Unité d'Accueil Médico-Psychologique est présente au service des urgences du CHU de Poitiers. Le CHHL met à disposition du pôle de gériatrie un géronto-psychiatre et des infirmiers psychiatriques (2,40 ETP) qui peuvent intervenir auprès des patients nécessitant un accompagnement psychiatrique.

Le réseau gérontologique du Grand Poitiers dispose également d'une mise à disposition d'infirmiers par le CHLL de 0,1 ETP pour le suivi de patients accompagnés par l'équipe de coordination.

2.3 Analyse des trajectoires patients et des recours aux services

a. Le logiciel Via Trajectoire

Développé par Les Hospices Civils de Lyon et le GCS SISRA, ViaTrajectoire est un outil d'aide à l'orientation des personnes permettant d'identifier le ou les établissements capables de prendre en charge le projet de rééducation, de réadaptation, de réinsertion ou d'hébergement, nécessaire à différents moments de la vie de chaque personne.

Utilisé aujourd'hui dans 21 régions de France et depuis début 2011 en Poitou-Charentes pour les demandes d'orientation de patients vers les services d'aval que sont les Soins de Suite et de Réadaptation (en application des décrets d'avril 2008 réorganisant l'activité du SSR) et les services d'Hospitalisation à domicile, ViaTrajectoire est, depuis courant 2014, utilisé également pour les demandes d'admissions vers des établissements relevant du secteur médico-social.

L'application ViaTrajectoire comporte désormais deux volets, un volet sanitaire (pour les demandes de SSR et d'HAD) et un volet médico-social (pour les demandes d'EHPA, EHPAD et USLD).

Porté par l'Agence Régionale de Santé, le projet ViaTrajectoire associe désormais également les Conseils Généraux sur le volet médico-social.

En pratique, sur le volet sanitaire, à partir d'un dossier de demande d'admission unique informatisé et sécurisé, ViaTrajectoire s'appuie sur un annuaire renseigné et mis à jour par les structures d'admissions elles-mêmes et propose une liste d'établissements adaptés au profil médical du patient.

Le prescripteur peut ainsi envoyer la demande d'admission à un ou plusieurs établissements en même temps et préparer la sortie du patient.

Les échanges entre structures d'amont et d'aval ont lieu en temps réel via une connexion sécurisée.

Dès que l'admission d'un patient est convenue avec une structure d'admission, les autres demandes sont automatiquement annulées en temps réel.

Outil de communication entre services, il offre également un potentiel d'analyse des filières de soins et bientôt des filières d'hébergement tant pour les établissements utilisateurs que pour les instances régionales et départementales.

Il est aussi ouvert depuis fin 2014 à la médecine de ville et aux usagers mais également aux structures accompagnant les personnes âgées et leur entourage telles les Réseaux, MAIA, CLIC, Mandataires Judiciaires à la Protection des Majeurs (déploiement en cours).

Deux équipes de coordination ViaTrajectoire missionnées par l'ARS ont déployé le volet sanitaire de ViaTrajectoire et poursuivent le déploiement du volet médico-social de cette application. L'équipe couvrant les territoires de la Vienne et des Deux-Sèvres est basée au CHU de Poitiers.

Tout comme ViaTrajectoire sanitaire, ViaTrajectoire médico-social vise à améliorer la connaissance de l'offre disponible et des besoins tout en aidant à l'orientation et en fluidifiant les parcours de santé. L'application médico-sociale est opérationnelle et utilisée par les services hospitaliers et en montée en charge (déploiement en cours) par les médecins libéraux et les usagers ou leurs représentants.

Un transfert de relai est prévu afin que les structures et professionnels accompagnant la personne âgée ou son entourage dans le processus d'entrée en institution puissent prendre la main en sortie d'hospitalisation.

Retour sur l'utilisation du logiciel ViaTrajectoire :

Depuis sa mise en place début 2011, l'outil ViaTrajectoire sanitaire et médico-social inclut 450 établissements publics et privés de la région Poitou-Charentes dont 98 établissements sanitaires (MCO, SSR, HAD) et 352 établissements médico-sociaux (EHPA, EHPAD et USLD).

En région, 86% des EHPAD adhèrent à ce projet qui compte progressivement toujours plus d'adeptes.

Son utilisation par les établissements sanitaires est généralisée (taux d'exhaustivité entre 85 et 90%) et ViaTrajectoire enregistre chaque mois environ 2500 demandes de SSR ou d'HAD en région Poitou-Charentes.

En Vienne, en moyenne et toutes pathologies confondues, le prescripteur contacte 2 unités SSR pour chaque patient.

Moins le nombre d'unités contactés est important, plus la filière de soins est identifiée par les prescripteurs.

Dans ViaTrajectoire, le fait de prononcer l'admission dans un établissement a pour effet d'annuler les demandes adressées à d'autres établissements et de les informer du devenir du patient.

b. Le recours aux urgences

Le passage aux urgences pour les personnes âgées est souvent vécu comme un épisode traumatisant : événement de départ, violence du départ du domicile, délai de prise en charge...

Les personnes de 75 ans et plus représentent une part non négligeable des passages aux urgences, notamment en zones plus rurales.

Pour 2013 :

Centres Hospitaliers	Nb de passages totaux	Nb de passages de 80ans et +	Part des 80 ans et +
Groupe Hospitalier Nord Vienne – Site de Châtellerault	20 172	3 152	15,6%
Groupe Hospitalier Nord Vienne – Site de Loudun	7 549	1 975	26,2%
CHU de Poitiers	44 440	7 396	16,6%
Polyclinique de Poitiers	14 735	1 604	10,9%
Centre Hospitalier de Montmorillon	8 616	2 140	24,8%
TOTAL	95 512	16 267	17%

Source : SAE 2013

Pour 2014 :

Centre Hospitalier	Nb de passages totaux	Nb de passages de 75 ans et +	Part des 75 ans et +
CH Montmorillon	8742	2150	24,59%

20% des arrivées aux urgences de nuit (20h à 6h) concernent les plus de 75 ans.

9,67% des arrivées aux urgences le week-end concernent les plus de 75 ans.

Source : Centre Hospitalier de Montmorillon - 26-01-2015

Discussion :

La problématique des passages aux urgences des personnes âgées a été soulevée à la table tactique du dispositif MAIA Nord Vienne.

L'analyse des parcours de santé des personnes âgées relève des points de rupture entre la ville et l'hôpital.

Or, pour un parcours efficient, les liens entre les acteurs de ces différents champs doivent se renforcer pour :

- une meilleure connaissance du fonctionnement de chacun
- une circulation plus fluide des informations sur une personne accueillie à l'hôpital et accompagnée par divers acteurs
- éviter les hospitalisations itératives et les venues aux urgences

Un groupe de travail a ainsi vu le jour en septembre 2014 pour réfléchir à cette problématique.

Des leviers et des freins au fonctionnement actuel du territoire MAIA Nord Vienne ont été identifiés par les participants.

Des leviers :

Des services/ professionnels dédiés :

- A la Polyclinique de Poitiers, un projet de service de médecine à orientation gériatrique est en cours de réflexion. Cela permettra ainsi d'orienter des personnes âgées aux urgences de cet établissement qui opposait jusqu'alors un refus quasi-systématique, faute de service pouvant les accueillir après.
- Au CHU de Poitiers, une unité d'hospitalisation d'aval a vu le jour il y a un an. Une coordonnatrice va être déployée aux urgences afin de repérer les personnes âgées. Des gestionnaires de lit ont pour mission unique de trouver des places dans l'hôpital pour les personnes hospitalisées aux urgences. Des infirmières de liaison évitent le passage aux urgences en programmant des hospitalisations dans les services de gériatrie. Une équipe mobile de gériatrie se déplace aux urgences si besoin.
- Au CHU, les internes des urgences rappellent systématiquement les personnes qui ont appelé le centre 15 pour une chute. Il s'agit d'une expérimentation menée depuis le mois de mai 2014.
- La Fédération de géronto-psychiatrie dispose d'une convention avec le pôle de gériatrie qui leur permet d'intervenir dans les services si nécessaire.
- Les CLIC/ réseaux gérontologiques/ gestionnaires de cas, pour les personnes qu'ils accompagnent, essayent de stabiliser la situation en programmant une hospitalisation plutôt que de recourir aux urgences si cela est possible.

Des outils :

- Les directives anticipées et les prescriptions anticipées
- Le Dossier Médical Personnalisé. Il existe un volet social dans le DMP qui peut être rempli par les CLIC.
- L'outil informatique Web DCR : il ne pourra pas être complété par les urgences mais le Web DCR permettra d'implémenter le DMP et d'enrichir les informations sur le domicile
- Une procédure a été développée il y a quelques années avec le service des urgences du CHU pour signaler les personnes sortant des urgences au réseau gérontologique, notamment la nuit.

Des moyens de communication :

- Au CHU, un récapitulatif de l'hospitalisation est systématiquement envoyé au médecin traitant lorsque la personne repart des urgences (à condition que le médecin traitant ait transmis son mail).
- un courrier récapitulatif du passage aux urgences est normalement remis à la personne âgée

Des liens entre services/ professionnels :

- Quand les professionnels du CLIC/ réseau/ gestion de cas ont connaissance du passage aux urgences d'une personne suivie, le lien est fait avec le service.
- En cas d'hospitalisation, le lien se fait bien avec les assistantes sociales des services qui signalent les personnes fragiles aux CLIC ou aux réseaux.
- La régulation des urgences joue son rôle de conseil auprès des équipes des EHPAD et de vraies relations d'échange se créent.
- Des passages de relais entre le SSIAD et l'HAD se font facilement sur le secteur châtelleraudais pour éviter/ retarder le recours aux urgences
- Afin d'anticiper les situations d'urgence, ne peut-on pas avoir un meilleur recours à l'HAD ? Et travailler avec les services d'hospitalisation complète, d'hospitalisation semaine...

Des freins :

Des constats :

- Les personnes âgées sont des personnes chronophages pour les professionnels des urgences.
- Les difficultés rencontrées aux urgences ont souvent lieu la nuit et les week-ends.
- Les motifs d'hospitalisation tels que l'altération de l'état général, difficultés de maintien à domicile sont des motifs récurrents de venue aux urgences.
- Une étude menée sur trois établissements et 212 résidents montre que le recours aux urgences est de 2,5 hospitalisations par mois en moyenne.

Liés aux outils :

- L'outil Web DCR (Dossier de Coordination des Réseaux) ne sera pas communiquant avec les urgences.
- Le DMP n'est pas encore déployé sur tout le territoire et pour toutes les personnes âgées. Il est en expérimentation sur le bassin châtelleraudais et auprès des EHPAD.
- Les comptes-rendus de l'hospitalisation aux urgences ne peuvent pas toujours être transmis aux médecins traitants car tous ne communiquent pas leurs mails aux établissements et tous n'ont pas de messagerie sécurisée.
- Les comptes-rendus papier transmis aux personnes âgées n'arrivent pas toujours aux EHPAD ou aux médecins traitants.
- L'appel auprès des dispositifs de coordination reste actuellement le seul moyen de savoir si la personne est accompagnée par un CLIC ou un réseau gérontologique.
- Les services des urgences manquent de connaissance sur la vie au domicile et sur les aides existantes pour faire le lien avec les services.

Liés à la communication :

- Les CLIC/ réseau gérontologique/ gestionnaires de cas sont rarement informés quand une personne est aux urgences.
- Les EHPAD ne sont pas toujours informés du diagnostic posé aux urgences et des soins réalisés dans le service.
- Les services intervenant à domicile ne sont pas toujours prévenus du retour à domicile de la personne suite à son passage aux urgences.

Une étude a également été menée sur trois EHPAD situés à La Puye, Saint-Pierre de Maillé et Béthines du 1^{er} janvier 2013 au 17 novembre 2014. Les trois établissements comptabilisent 212 lits.

Durant toute cette période, les départs aux urgences ont été comptabilisés :

- 348 départs aux urgences ont eu lieu sur les 3 établissements
- 59 départs aux urgences ont été enregistrés entre 21h le soir et 7h00 le matin

Pour 212 résidents, ce nombre de départs aux urgences représente ainsi 3,6 départs en moyenne par semaine. Les départs aux urgences la nuit représentent 0,6 départ par semaine.

La nécessité d'avoir du personnel médical ou para-médical la nuit dans les EHPAD n'est ainsi pas confirmée par cette étude au vu du faible taux de recours aux urgences la nuit.

Cependant, ces chiffres indiquent la nécessaire collaboration entre les EHPAD et les urgences afin d'avoir des informations claires et utiles au bon accompagnement des personnes.

Une expérimentation a été menée au niveau régional afin de mettre en place une astreinte d'infirmière de nuit commune à plusieurs établissements, dans un périmètre géographique circonscrit (environ 20

kms) en s'appuyant sur les infirmières déjà salariées des établissements. L'objectif est de réduire les passages aux urgences. Cette expérimentation a été menée en Charente et en Deux-Sèvres notamment. Dans le département de la Vienne, un seul établissement à Naintré a expérimenté depuis juin 2013 jusqu'en 2014 l'astreinte de nuit. Cette expérimentation a été abandonnée car il était difficile de mutualiser un poste IDE entre plusieurs établissements.

Désormais, l'ARS souhaite organiser une formation pour le personnel de nuit des EHPAD avec les médecins urgentistes du SAMU. Pour l'année 2015, 5 groupes de 15 personnes devraient se mettre en place.

c. Attractivité des Centres Hospitaliers et flux de population

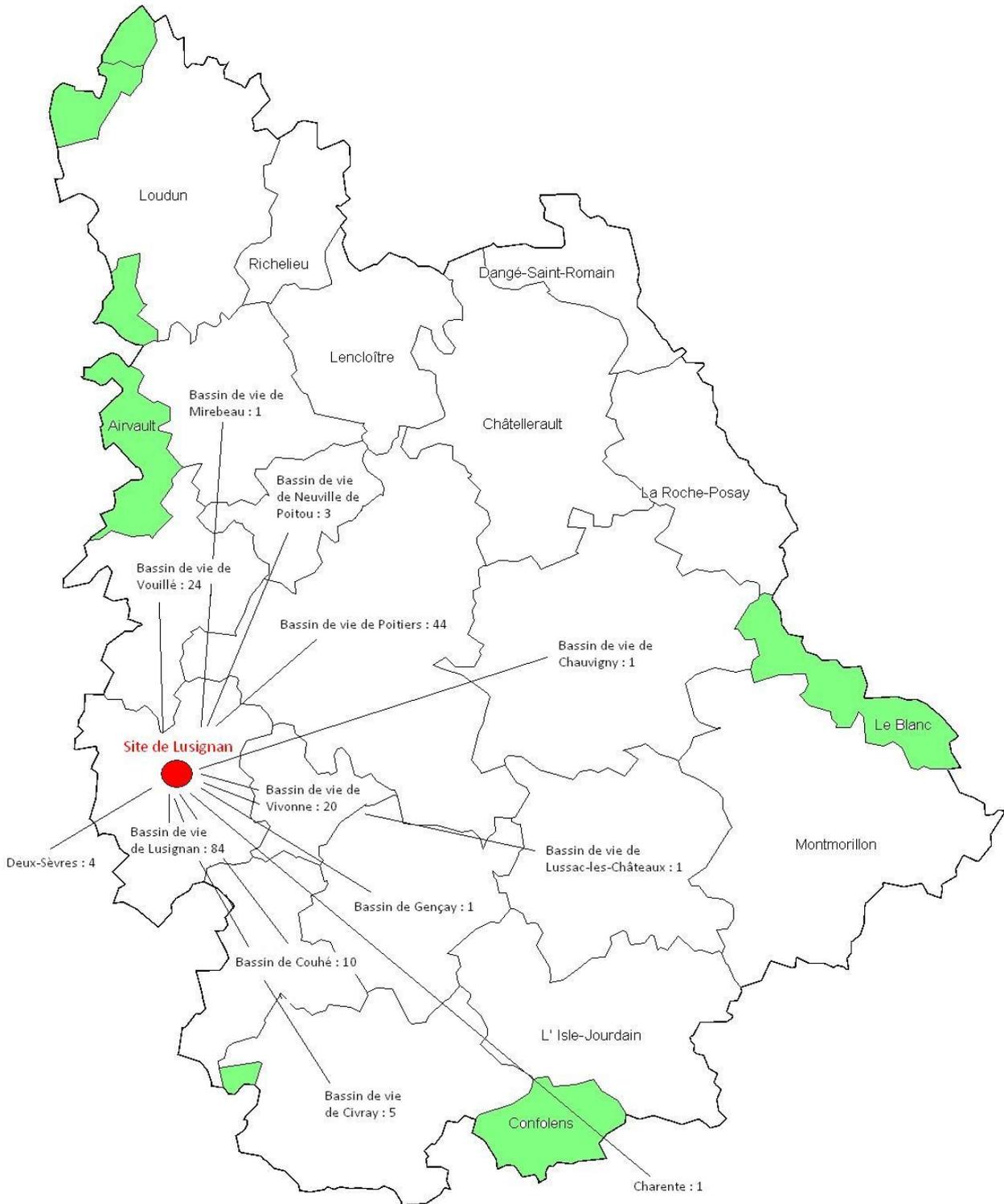
Il s'agit d'étudier l'origine géographique des patients venant se faire soigner dans les centres hospitaliers du territoire MAIA, afin de pouvoir travailler sur les trajectoires et des parcours de santé cohérents.

Deux données sont mobilisables : l'origine géographique des personnes de plus de 75 ans venant se faire soigner dans les services de médecine polyvalente et en service de soins de suite.

Toutefois, ces données, valables uniquement pour l'année 2012, devront être confirmées par d'autres analyses sur les prochaines années.

Le site hospitalier de Lusignan a une attractivité très locale. Il réalise 199 séjours en SSR sur l'année 2012.

Attractivité du site hospitalier de Lusignan, en fonction du nombre de séjours en service de SSR polyvalents et/ou gériatriques des personnes de 75 ans et plus, par bassins de vie pour 2012



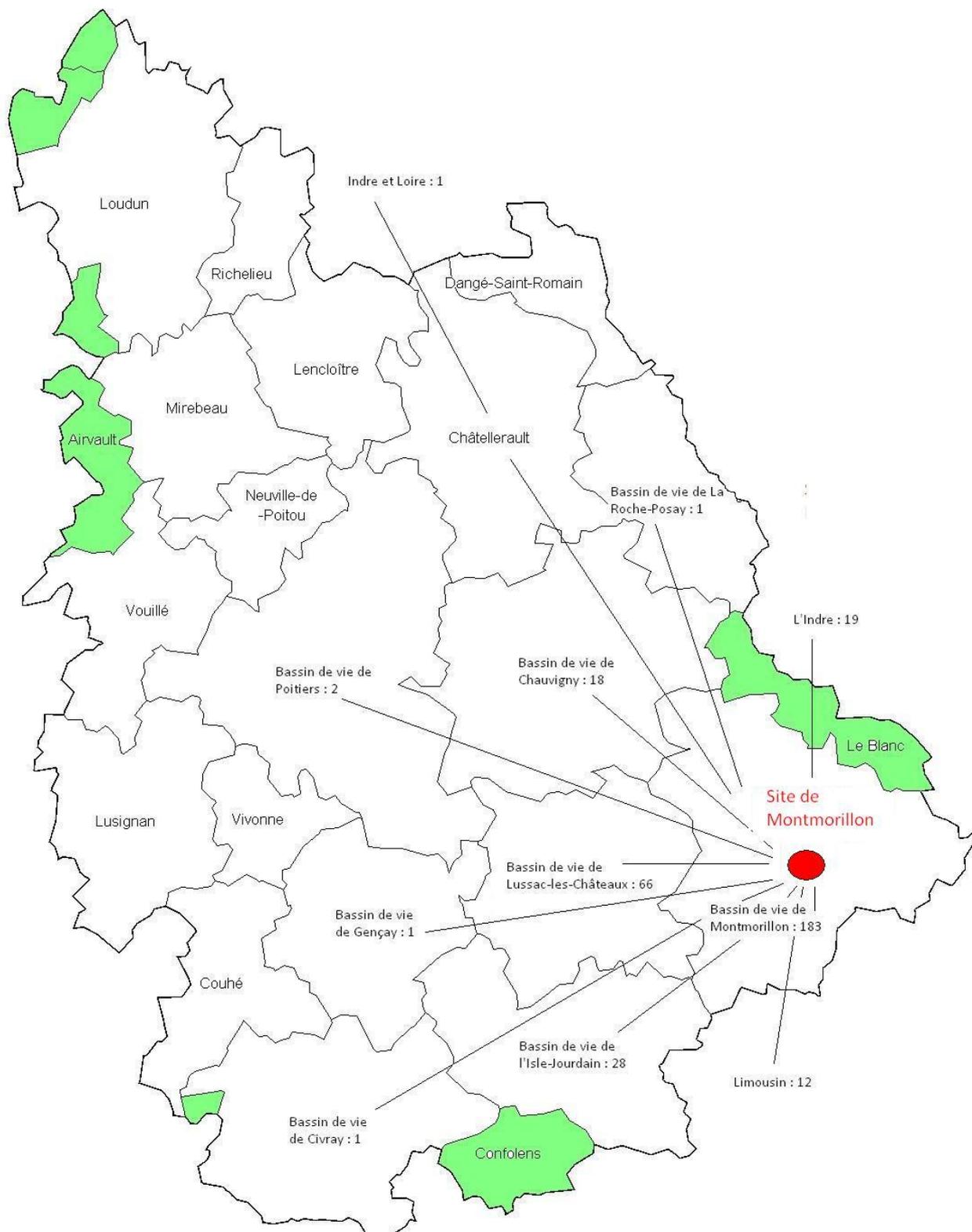
Les bassins de vie en vert sont majoritairement hors-département.

Source : IGN GEOFLA2002

Réalisation : ARS Poitou-Charentes, COSA

Le centre hospitalier de Montmorillon a une attractivité très locale. Il réalise 332 séjours en SSR sur l'année 2012.

Attractivité du site hospitalier de Montmorillon, en fonction du nombre de séjours en service de SSR polyvalents et/ou gériatriques des personnes de 75 ans et plus, par bassins de vie et pour l'année 2012



Source : PMSI MCO 2012, ARS Poitou-Charentes COSA
Réalisation : MAIA 86

Les bassins de vie en vert sont majoritairement hors-département.
Source : IGN GEOFLA2002
Réalisation : ARS Poitou-Charentes, COSA

B. La démographie des professionnels de santé

1) Constats

La démographie médicale et para-médicale est préoccupante et conditionnera bon nombre de politiques de santé dans les années à venir.

1.1 Les médecins libéraux

La Vienne compte 779 médecins libéraux (y compris les remplaçants) en exercice au 1^{er} janvier 2014. Parmi ces professionnels, 472 sont des médecins généralistes et 307 sont des spécialistes.

La proportion des médecins généralistes par rapport aux médecins libéraux est de 60,6% pour le département (conforme à la proportion en Poitou-Charentes).

On dénombre ainsi 9 neurologues libéraux sur le département de la Vienne.

Au 1^{er} janvier 2014, la Vienne compte 110,2 médecins généralistes pour 100 000 habitants. Cela est légèrement supérieur à la moyenne régionale (107,9) et à la moyenne nationale (106,9) (*Source : RPPS au 01/01/2014, ARS Poitou-Charentes*). Ces chiffres sont en légère baisse par rapport à 2013.

Au 1^{er} janvier 2014, 472 médecins généralistes exercent dans la Vienne.

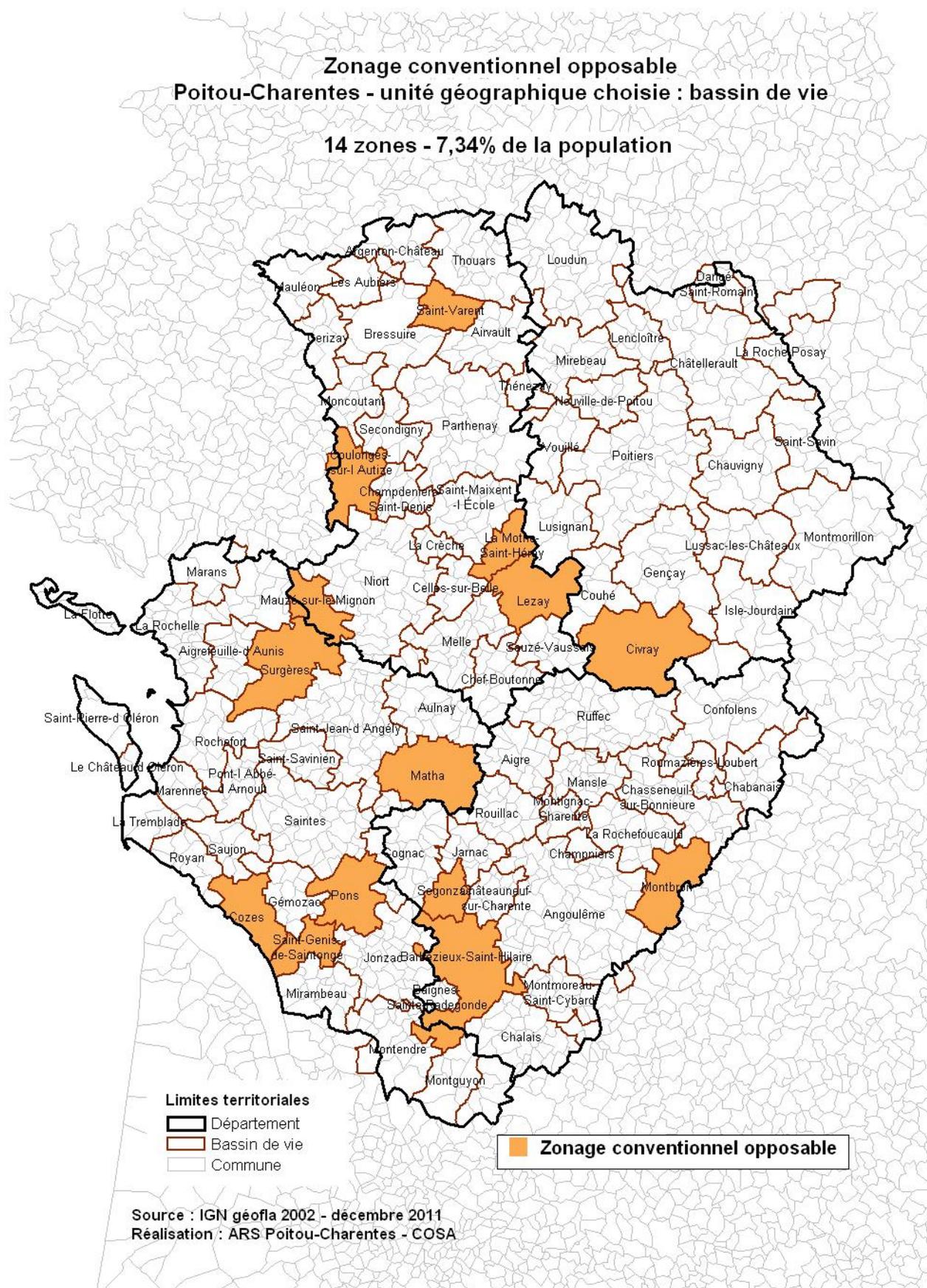
Au 1^{er} janvier 2014, 113 médecins généralistes exercent sur le territoire MAIA Sud Vienne.

Afin de favoriser le maintien d'une offre de soins de premier recours sur les territoires fragiles, la convention nationale prévoit notamment deux options :

- L'option démographique : elle s'adresse aux médecins installés en zone sous-dotée ou à proximité (5 km en zone rurale, 2 km en zone urbaine) qui s'engagent, pour une durée de 3 ans, à réaliser 2/3 de leur activité dans la zone sous-dotée. Cette option consiste en une aide à l'activité assortie d'une aide à l'investissement.

- L'option Santé solidarité territoriale : elle s'adresse aux médecins qui s'engagent pour une durée de 3 ans à exercer au minimum 28 jours par an dans une zone sous-dotée. Elle consiste en une aide à l'activité assortie d'une prise en charge de frais de déplacement.

Le zonage opposable conventionnel (ZOC) des médecins libéraux



Sur le territoire MAIA Sud Vienne, le bassin de vie de Civray est une zone sous-dotée en médecins libéraux.

En 2013, l'ARS avait dégagé des zones d'accompagnement prioritaires en étudiant la présence de 4 professions : médecins généralistes, infirmiers libéraux, masseurs-kinésithérapeutes et chirurgiens-dentistes. Les bassins de vie de Mirebeau, Montmorillon et l'Isle Jourdain étaient concernés ainsi que quelques communes du département appartenant aux bassins de vie d'Airvault et Confolens.

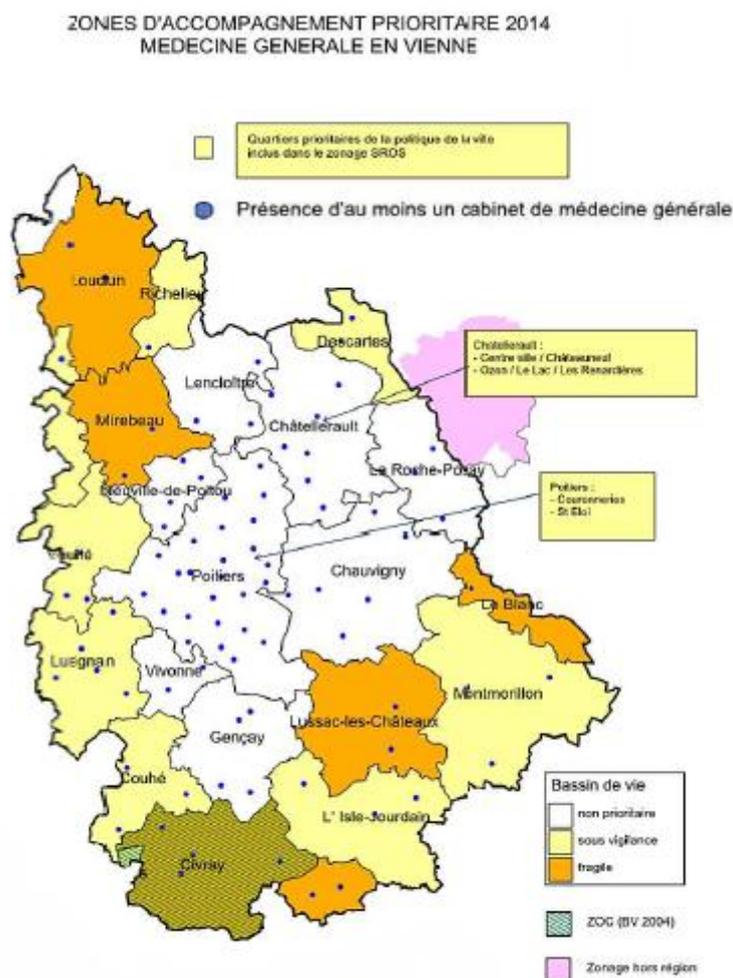
En 2014, en se centrant uniquement sur les médecins généralistes, l'ARS dégage 9 zones prioritaires plus des communes appartenant aux bassins de vie limitrophes. Cela montre l'importance de soutenir l'implantation de la médecine libérale en zone rurale.

Pour chaque bassin de vie, les indicateurs suivants ont été calculés :

- Les densités, les mouvements et l'activité libérale des médecins généralistes
- L'âge et l'évolution de la population résidente

Selon les résultats obtenus, les bassins de vie ont été classés en zone fragile ou non.

La déclinaison de zones d'accompagnement prioritaire sert de cadre pour la déclinaison des mesures prévues dans les SROS ambulatoire.



Source : ARS Poitou-Charentes – COSA – 06-01-2015

1.2 Les infirmier(e)s libéraux

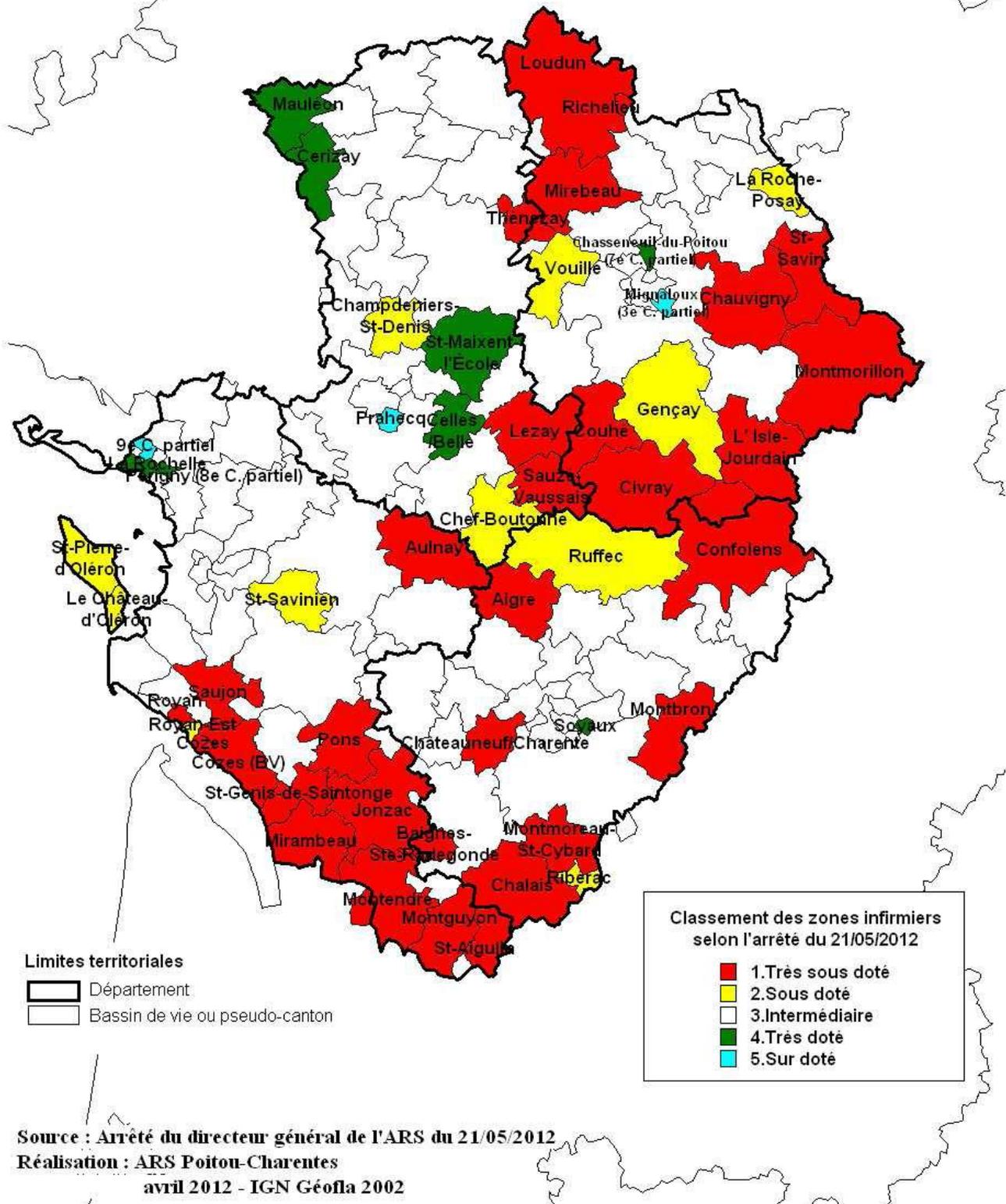
Au 1^{er} janvier 2014, la Vienne comptait 99,2 infirmier(e)s libéraux pour 100 000 habitants. Il s'agit du département le plus mal doté de la Région (moyenne régionale de 121,8 praticiens). Heureusement, ces chiffres ont augmenté depuis 2013 (+4.9 points).

La moyenne nationale est également bien au-dessus avec 155,8 praticiens pour 100 000 habitants. (Source : Adeli 2014, exploitation ARS Poitou-Charentes).

Au 1^{er} janvier 2014, 425 infirmiers libéraux exercent sur le département de la Vienne.

Au 1^{er} janvier 2014, 146 infirmiers libéraux exercent sur le territoire MAIA Sud Vienne.

Zonage infirmier : classement des bassins de vie et des pseudo-cantons par niveau de dotation en infirmiers libéraux



Le territoire MAIA Sud Vienne est très sous doté en infirmiers libéraux.

1.3 Les pharmaciens

Au 1^{er} janvier 2014, la densité de pharmaciens était de 55,8 professionnels pour 100 000 habitants (contre une densité régionale de 53,9 professionnels et de 49 en France métropolitaine) (*Source : Adeli 2014, exploitation ARS Poitou-Charentes*).

On comptait 215 titulaires d'officine en exercice dans le département.

Au 1^{er} janvier 2014, 67 pharmaciens titulaires d'officine exerçaient sur le territoire MAIA Sud Vienne.

Le pharmacien est un acteur clé de l'accompagnement des personnes âgées et du repérage des situations potentiellement complexe et fragile.

La loi HPST a instauré de profondes modifications du métier de pharmacien d'officine en consacrant l'exercice par ce dernier de nouvelles missions de service public, devenant un acteur à part entière du système de soins. Prévention et dépistage, conseils personnalisés, correspondant d'équipe de soins, etc., sont autant de domaines dans lesquels le pharmacien peut dorénavant s'impliquer, confirmant son rôle clé dans notre système de santé, pour une meilleure coordination des soins.

Concernant l'accompagnement des patients, le pharmacien d'officine doit contribuer aux soins de premiers recours qui englobent notamment dispensation et administration des médicaments, conseil pharmaceutique, prévention, dépistage et orientation dans le parcours de soins. D'autre part, cette nouvelle convention lui octroie de nouvelles missions qui élargissent son rôle comme l'accompagnement du patient pour les pathologies chroniques et l'éducation thérapeutique. L'objectif de cet accompagnement est d'aménager l'observance des traitements et de diminuer la iatrogénie.

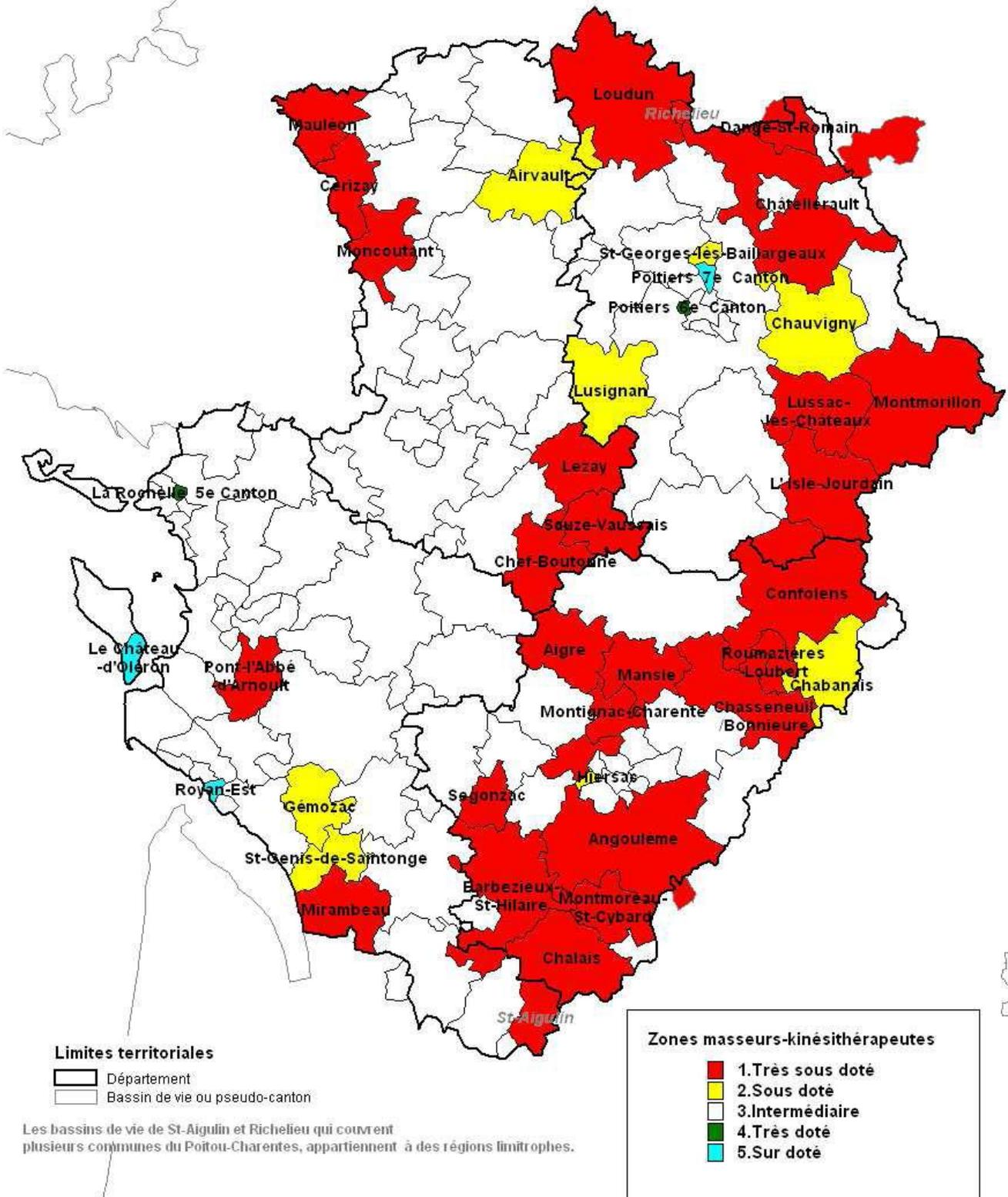
1.4 Les masseurs-kinésithérapeutes

La densité pour 100 000 habitants est de 62,3 masseurs-kinésithérapeutes quand la densité régionale est de 73,7 professionnels et de 97,7 au niveau métropolitain (*Source : Adeli 2014, exploitation ARS Poitou-Charentes*). Ces chiffres sont en légère progression par rapport à 2013 (+2.1 point pour le département).

Au 1^{er} janvier 2014, le département de la Vienne comptait 267 masseurs-kinésithérapeutes libéraux en exercice.

Au 1^{er} janvier 2014, sur le territoire MAIA Sud, 75 étaient en exercice.

**Zonage masseur-kinésithérapeute :
classement des bassins de vie et pseudo-cantons
par niveau de dotation en masseurs-kinésithérapeutes libéraux**



Réalisation : ARS Poitou-Charentes
IGN géofra 2002 - juillet 2012

Le territoire MAIA Sud Vienne est sous-doté en masseurs-kinésithérapeutes libéraux. Cela est une réelle problématique pour les soins de rééducation des personnes âgées.

Pour les personnes âgées qui nécessitent une prise en charge par ces professionnels, un frein important apparaît dès lors que le masseur-kinésithérapeute exerce son activité uniquement en cabinet et ne se déplace pas au domicile.

1.5 Les orthophonistes

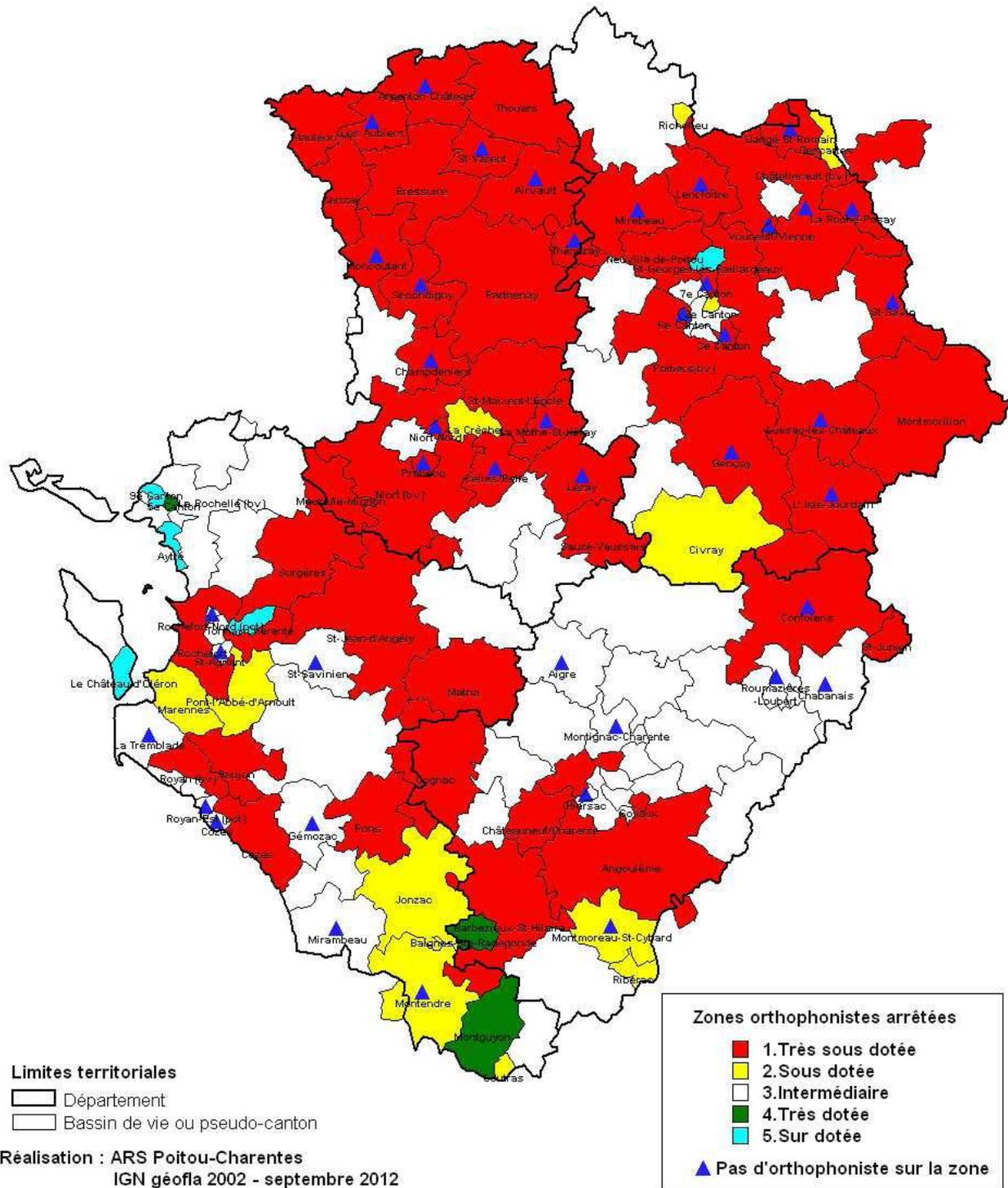
Les orthophonistes sont souvent oubliés dans le parcours de santé de la personne âgée et notamment du malade Alzheimer.

Ils interviennent pourtant très régulièrement pour rééduquer suite à des troubles de l'élocution ou de la déglutition par exemple.

Au 1^{er} janvier 2014, le département comptait 67 orthophonistes libéraux. Cela donne une densité départementale moyenne de 15,6 professionnels pour 100 000 habitants.

Au 1^{er} janvier 2014, 19 exerçaient sur le territoire MAIA Sud Vienne. (*Source : Adeli 2014, exploitation ARS Poitou-Charentes*)

Zonage orthophoniste : classement des bassins de vie et pseudo-cantons par niveau de dotation en orthophonistes libéraux



Le territoire MAIA Sud Vienne est largement sous doté en orthophonistes libéraux.

2) Perspectives

2.1 Les maisons et pôles de santé pluridisciplinaires

Les maisons et pôles de santé pluridisciplinaires permettent de lutter contre la désertification médicale et favorisent la coordination des professionnels qui la composent.

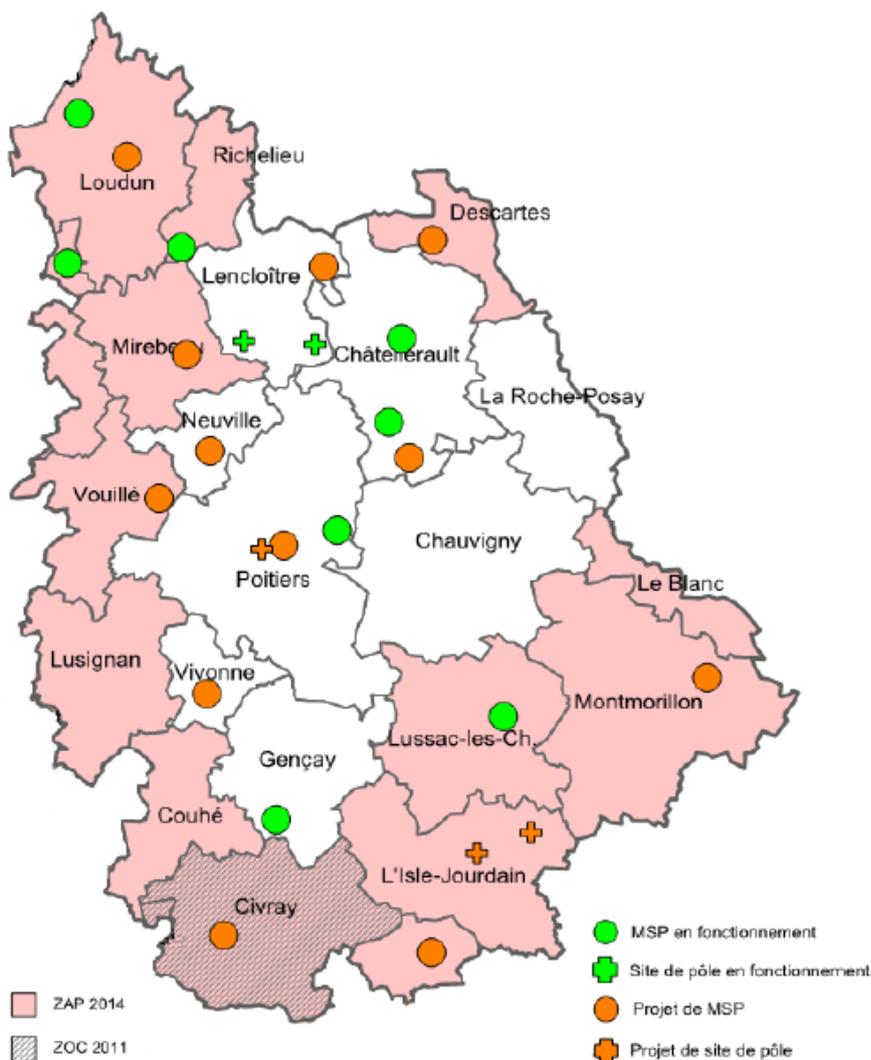
Les jeunes professionnels recherchent de plus en plus un exercice en groupe et expriment fréquemment la volonté de ne plus travailler de manière isolée.

Les Maisons de Santé Pluridisciplinaires sont des regroupements de professionnels de santé (au moins deux médecins et un professionnel paramédical), sur un même lieu, organisé autour d'un projet de santé commun.

Les Pôles regroupent des professionnels de santé autour d'un projet de santé commun, qu'ils partagent ou non les mêmes locaux.

Non seulement un outil de lutte contre la désertification médicale, ces structures permettent de développer les coopérations entre professionnels, d'avoir des outils et des procédures communs, de partager les approches et les regards sur certaines situations. Elles jouent un rôle important dans le paysage médical. L'objectif est de valoriser la pluridisciplinarité dans l'accompagnement de la personne.

Implantation des Maisons de Santé Pluridisciplinaires
et des Pôles de santé
2014



De nombreux projets de maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) fleurissent en Vienne. Beaucoup sont encore à l'état de projets mais déjà deux MSP sont installées sur le territoire MAIA Sud Vienne : Lussac les Châteaux et Sommières du Clain et une MSP est en projet à la Trimouille.

Ces projets trouvent leur succès notamment dans les zones rurales où les différents professionnels se sentent plus isolés et expriment leur besoin de coordination.

Un Pôle de santé pluridisciplinaire a vu le jour sur le territoire Nord Vienne en regroupant deux sites à Lencloître et Scorbé Clairvaux. Un site est en projet sur le territoire Sud Vienne.

2.2 Les cabinets Asalée

Compte tenu du contexte démographique des professionnels de santé et des besoins croissants de la population, la répartition des tâches entre professionnels de santé apparaît comme un facteur essentiel de la qualité du système de santé.

L'association Asalée, portée par l'Union Régionale des Médecins Libéraux (aujourd'hui devenue l'Union Régionale des Professionnels de Santé Médecins libéraux du Poitou-Charentes), a pris naissance en 2004 dans le département des Deux-Sèvres puis s'est étendue géographiquement.

La finalité des actions de l'association Asalée est d'améliorer la qualité du service rendu en ville aux patients atteints de pathologies chroniques par le développement de collaborations entre des infirmier(e)s dit(e)s délégué(e)s à la santé publique et des médecins généralistes de ville.

La loi d'orientation du 9 août 2004, qui a été suivie par les deux arrêtés d'application de décembre 2004 et du 30 mars 2006 (10 nouveaux projets et 3 projets renouvelés), a autorisé 5 puis 10 nouveaux projets de coopération à titre expérimental.

Fin 2011, l'expérience était ainsi en cours dans près de 60 cabinets médicaux de médecine générale, mobilisant 130 médecins et 25 infirmières pour 117 000 patients dont 71 000 pouvaient relever de l'un ou l'autre des protocoles en place.

« Initialement, l'objectif d'Asalée était d'améliorer la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques, par une collaboration entre médecins et infirmiers. Les infirmières se voient confier par les médecins la gestion de certaines données du patient et des consultations d'éducation thérapeutique selon un protocole bien défini.

Ce premier objectif s'est ensuite enrichi de l'objectif de dégager du temps médical pour les médecins, en protocolisant des délégations d'actes et d'activités avec les infirmiers, afin qu'ils puissent suivre davantage de patients, en particulier dans les zones jugées sous-denses ou déficitaires d'un point de vue de la démographie médicale. »

Les cabinets Asalée permettent la délégation de tâches en médecine générale, avec la mise à disposition d'infirmière de santé publique, dans un objectif d'amélioration du parcours de soins et de prévention en santé. Les infirmières peuvent intervenir dans plusieurs cabinets médicaux différents, avec un projet d'éducation à la santé du patient sur certaines thématiques.

« Dans le cadre de l'article 51 de la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) du 21 juillet 2009, l'association a ainsi élaboré des protocoles de délégation d'actes et d'activités (coopération) entre le médecin et l'infirmière pour deux dépistages (troubles cognitifs et BPCO des patients tabagiques) et deux suivis de pathologies chroniques (diabète et risques cardio-vasculaires).

L'avis favorable rendu par la Haute Autorité de Santé (HAS) le 22 mars 2012 et l'autorisation donnée par l'ARS Poitou-Charentes le 18 juin 2012 rendent désormais possible l'exécution du volet dérogatoire de ces protocoles de coopération »⁸.

Le pilotage global de la prise en charge déléguée et les consultations d'éducation thérapeutique protocolisées s'inscrivent dans le cadre des expérimentations sur les nouveaux modes de rémunération de l'article 44 de la loi HPST.

Le ratio indiqué par la circulaire précise qu'il est prévu 1 ETP d'infirmier pour 5 ETP de médecins généralistes.

Les évaluations socio-économiques, basées sur des comparaisons d'échantillons Asalée et de groupes témoins sur le suivi de diabète, n'ont pas montré un coût plus élevé dans le groupe Asalée (dépenses totales ambulatoires et hospitalières). Les dépenses d'hospitalisation croissent cependant moins vite dans le groupe Asalée.

En revanche, le taux de réalisation de tous les examens de suivi sont significativement plus élevés dans le groupe Asalée que dans le groupe témoin, avec de meilleurs résultats biologiques.⁹

Des cabinets Asalée sont installés à Smarves, Nouaillé-Maupertuis et Chauvigny.

2.3 Les Nouveaux Modes de Rémunération (NMR)

On assiste, depuis plusieurs années, à une montée en puissance des structures d'exercice coordonné, et plus particulièrement des pôles et maisons de santé. Le mode de rémunération actuelle des professionnels de santé libéraux n'encourage cependant pas ces initiatives. En effet, le paiement à l'acte ne favorise pas de nouvelles répartitions des tâches entre professionnels, ni le développement de nouveaux services adaptés aux besoins des patients.

Dans ce contexte, l'objectif de l'expérimentation NMR est de tester dans quelle mesure des modes de rémunération alternatifs au paiement à l'acte favorisent la qualité et l'efficacité des soins de premier recours, en incitant les professionnels à s'organiser différemment.

Les expérimentations sur les nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé prévues par la loi de financement de la sécurité sociale de 2008 permettent depuis 2010, de financer des maisons, pôle et centres de santé pour des activités de coordination (module 1), d'éducation thérapeutique (module 2) et de coopération (module 3).

Ces expérimentations sont pilotées par l'ARS en lien avec la Caisse d'Assurance Maladie.

L'expérimentation sur les nouveaux modes de rémunération (NMR) prévoit 3 modules différents :

=> Le module 1 Missions coordonnées (dit NMR 1) consiste dans le versement d'un forfait rémunérant les missions de coordination au sein des sites expérimentateurs (management de la structure, temps de concertation interprofessionnelle). Le forfait est versé à la structure et non directement aux professionnels.

⁸ Convention d'inclusion 2012-2013 dans les modules 2 et 3 des projets Asalée, signée entre la CNAMTS, le Ministère de la Santé, l'ARS Poitou-Charentes, la CPAM des Deux-Sèvres et l'Association Asalée.

⁹ Yann Bourgueil, Philippe Le Fur, Julien Mousquès, Engin Yilmaz, *La coopération médecins généralistes/infirmières améliore le suivi des patients diabétiques de type 2 - Principaux résultats de l'expérimentation ASALEE*, Questions d'économie de la santé, N° 136, novembre 2008.

=> Le module 2 Nouveaux services aux patients (dit NMR 2) vise à expérimenter des rémunérations forfaitaires pour des prises en charge innovantes en médecine de ville, notamment à destination des patients complexes et atteints de pathologies chroniques. Il comporte deux volets : le premier consiste à rémunérer des séances d'éducation thérapeutique du patient ; le second met à disposition d'un trio de professionnels de santé un budget spécifique d'intervention pour prendre en charge de patients complexes.

=> Le module 3 Coopération entre professionnels de santé (dit NMR 3) a pour objet d'expérimenter des modalités de financement des coopérations entre professionnels de santé, c'est-à-dire des délégations d'actes ou d'activités entre médecins et auxiliaires médicaux, dans le cadre de l'article 51 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST). Le protocole de coopération médecins/infirmiers élaboré par l'association ASALEE est le premier à être financé dans le cadre du module 3.

Ces forfaits sont calculés en fonction de la taille de la patientèle et des professionnels dans la structure.

Au niveau national, 150 sites expérimentateurs ont été inclus dans la 1^{ère} vague de l'expérimentation. En 2010.

En Vienne, le Pôle de l'Envigné (Lençloître et Scorbé Clairvaux) s'est ainsi engagé dans le module 1 depuis 2011.

Depuis fin 2012, les cabinets ASALEE intègrent progressivement le module 3.

En 2014, 160 nouveaux sites ont été inclus, au niveau national, dans le module 1 rénové dit « NMR 1 bis ». En Vienne, trois sites ont été retenus dans le cadre de cette nouvelle vague :

- La maison de santé pluridisciplinaire de Bignoux (86)
- La maison de santé pluridisciplinaire de Châtellerault (86)
- La maison de santé pluridisciplinaire de Vouneuil-sur-Vienne (86).

Un nouveau statut juridique dénommé *Société interprofessionnelle de soins ambulatoires* (SISA) a été créé par l'Art. 1 de la loi du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (Loi HPST). L'article 2 de cette même loi facilite également les échanges d'informations médicales entre les professionnels d'une même maison de santé. Il prévoit enfin que le projet de santé est signé par les professionnels engagés dans la maison de santé.

Dans le cadre du Pacte Territoire Santé lancé le 13 décembre 2012, la Ministre en charge de la Santé s'est engagée à généraliser la rémunération forfaitaire d'équipe. Dans cet objectif, une négociation conventionnelle inter-professionnelle entre l'Assurance Maladie et les représentants des professionnels de santé a été lancée au 1^{er} semestre 2014.

3) Discussion

L'article 51 de la loi HPST a donné le coup d'envoi d'une politique en santé publique en faveur des coopérations professionnelles définies comme des « démarches de coopération impliquant des transferts d'activité ou d'actes de soins ou de réorganisation des interventions des professionnels auprès du patients ».

Un travail de coordination efficace entre les différents professionnels de santé permettra de dispenser un soin efficace et donc un maintien de la personne âgée à domicile plus long.

Ainsi la Démarche de Soins Infirmiers (DSI) est un outil qui permet à l'infirmier de réaliser une évaluation et mener des actions des soins qui sont du "rôle propre" de l'infirmier (dont la coordination) chez une personne dépendante (quelque soit son âge). Cela a l'avantage d'établir entre le médecin traitant et l'IDE un document unique validé.

C'est du temps reconnu, rémunéré, pour réaliser ce moment d'échange avec le médecin, (via un mail, le téléphone, le cahier de transmissions), la famille, ou les autres intervenants. La DSI ne peut avoir lieu que sur prescription médicale.

La plupart des DSI concerne la préparation de pilulier et la surveillance de prise de médicaments (souvent AVK et autres).

Avant toute intervention en Acte Infirmier de Soins (AIS) il faut obligatoirement réaliser une DSI, qui est valable 3 mois (5 maxi/an).

Sur le département de la Vienne, via l'évaluation de la CPAM (CPAM- MSA-RSI-Autres) sur l'année 2012 les actes AIS représente 8% des prestations remboursées par les caisses, (et 61% pour les actes en AMI). Actuellement l'AIS 4 se développe au sein de la profession, pour la surveillance concernant la prise médicamenteuse, l'éducation thérapeutique pour les patients diabétique, les patients sous AVK.

La mission d'accompagnement des patients par les pharmaciens qui englobe notamment la dispensation et l'administration des médicaments, le conseil pharmaceutique, la prévention, le dépistage et l'orientation dans le parcours de soins doit participer à une meilleure coordination des soins entre les professionnels intervenant auprès de la personne âgée.

Les maisons et pôles de santé pluridisciplinaires vont permettre de lutter contre la désertification médicale et favoriser la coordination des professionnels qui la composent. La perspective de généralisation des forfaits d'équipe prévue par la mesure 5 du Pacte Territoire Santé permettra de favoriser cette coordination.

II. L'OFFRE MEDICO-SOCIALE

A. Les Services de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD) et les Equipes Spécialisées Alzheimer (ESA)

1) Les Services de Soins Infirmiers A Domicile

Le décret n°2004-613 du 25 juin 2004 relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) et les services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) ainsi que la circulaire n°2005-111 du 28 février 2008 relative aux conditions d'autorisation et de fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) définissent leur cadre d'intervention.

Les SSIAD peuvent accompagner les personnes âgées de 60 ans et plus, malades ou dépendantes (GIR 1 à 4), ou les personnes de moins de 60 ans atteintes de maladie chronique.

Ils dispensent des soins infirmiers (soins d'hygiène et de confort), sur prescription médicale, pour permettre aux personnes âgées de continuer à vivre à domicile. Les objectifs sont multiples :

- éviter l'hospitalisation
- faciliter le retour après hospitalisation
- maintenir l'autonomie, retardement de l'entrée en structure
- lutter contre les isolements

Ils ont également une mission de coordination des intervenants à domicile auprès de la personne (IDE, kiné, associations...) et peuvent soutenir et informer les familles.

Après un bilan d'admission réalisé par les infirmières coordinatrices, les aides-soignantes ou aides médico-psychologiques interviennent au domicile pour dispenser les soins d'hygiène et de confort (toilette nécessitant des soins techniques, prévention d'escarre, pose de bas de contention, transferts...) en sollicitant les capacités de la personne afin de préserver son autonomie.

Elles interviennent tous les jours, toute la journée, mais pas la nuit.

Un conventionnement est établi avec des infirmiers libéraux pour la réalisation de soins techniques spécifiques, qui sont rémunérés par le SSIAD.

En Vienne, le taux d'équipement en SSIAD pour 1000 habitants est de 19,7, contre 19,4 en Poitou-Charentes (*Source : Données Statiss au 1^{er} janvier 2013*). Cela correspond à 885 places de SSIAD.

Ce taux est en légère diminution depuis 2012 (taux de 20,1 en 2012).

Il existe 4 SSIAD sur le département qui couvrent l'intégralité du territoire :

- le SSIAD de Poitiers, porté par le CCAS de Poitiers, intervient sur Poitiers intra muros. Il dispose de 171 places et 6 places pour les personnes de moins de 60 ans présentant un handicap lourd depuis le 1^{er} septembre 2014. 4 ETP d'infirmières coordinatrices sont présents.
- Le SSIAD de Châtelleraut, porté par le CCAS de Châtelleraut, intervient sur Châtelleraut intra-muros. Il dispose de 137 places. 3 ETP d'infirmières coordinatrices sont présents.
- Le SSIAD porté par la Mutualité Française de la Vienne dispose de 190 places pour les personnes âgées et 6 places dédiées aux personnes en situation de handicap. Il intervient sur le centre-est du département. 4 ETP d'infirmières coordinatrices sont présents.
- Le SSIAD porté par la Fédération ADMR de la Vienne dispose de 387 places. Il intervient sur tout le reste du département. 7 ETP d'infirmières coordinatrices sont présents.

Les SSIAD des CCAS de Poitiers et de Châtelleraut ainsi que celui de la Fédération ADMR de la Vienne, accompagnaient jusqu'à présent les personnes en situation de handicap sur leurs places dédiées aux personnes âgées.

Les SSIAD des CCAS de Poitiers et de Châtelleraut ainsi que celui de la Fédération ADMR de la Vienne, accompagnent les personnes en situation de handicap sur leurs places dédiées aux personnes âgées. En effet seul le SSIAD de la Mutualité a 6 places pour personnes handicapées dans son arrêté d'autorisation. En 2014, un appel à projet va être lancé pour 6 places dédiées aux adultes en situation de handicap sur le département de la Vienne. Les SSIAD estiment cela insuffisant au vu de leurs besoins.

Les gestionnaires des SSIAD du département portent d'autres services : service d'aide à domicile, téléassistance, portage de repas, structure d'hébergement pour personnes âgées... Ces services sont portés par une association, une mutuelle de livre III et deux CCAS, ceux de Poitiers et Châtelleraut.

Le SSIAD de Poitiers et de la Mutualité ont conventionné avec l'HAD du CHU et de la Polyclinique de Poitiers, afin de permettre la continuité de la prise en charge par un plus grand nombre de passages quand cela s'avère nécessaire et pour faciliter le relais entre services.

Les services expriment quelques difficultés dans leur développement sur certains territoires particulièrement isolés.

En effet, les territoires, notamment des deux SSIAD portés par la Fédération ADMR et la Mutualité Française, sont très vastes, ce qui rend nécessaire un travail constant d'équilibrage entre les secteurs et les tournées des aides-soignants. Certains secteurs peuvent temporairement être déficitaires et d'autres peuvent voir des demandes refusées faute de place ou capacité à recruter les professionnels sur des territoires.

De même, il est parfois difficile, dans le respect des règles conventionnelles d'amplitude horaire, de mobiliser du personnel sur des horaires atypiques, pour lesquels certains besoins d'accompagnement sont repérés (aide au coucher, changement de protections, aide à la toilette le week-end...).

Parfois, les SSIAD perçoivent une limite à l'accompagnement qu'ils proposent auprès de certaines personnes âgées notamment atteintes de pathologies chroniques nécessitant des soins infirmiers techniques lourds et onéreux (notamment les patients atteints de diabète). En effet, les SSIAD doivent assumer le coût des soins infirmiers. Quand celui-ci est trop important et dépasse la dotation journalière attribuée par l'ARS, les SSIAD peuvent être amenés à ne pas répondre favorablement à une démarche de prise en charge. Ils veillent donc tout particulièrement à ce que les solutions les plus adaptées aux attentes et aux besoins des personnes soient recherchées, en lien avec les partenaires et avec les limites de leurs propres compétences.

2) Les Equipes Spécialisées Alzheimer (ESA)

Issues du Plan national Alzheimer 2008-2012, les Equipes Spécialisées Alzheimer (ESA) accompagnent à domicile les personnes présentant des troubles cognitifs ou des troubles de la mémoire ou ayant la maladie d'Alzheimer ou une maladie apparentée. Elles doivent être à un stade précoce de la maladie ou présenter des troubles légers ou modérés.

L'ESA vise à utiliser des capacités restantes ou ignorées de la personne pour améliorer l'autonomie dans les activités de la vie courante. La réhabilitation vise à mobiliser ces capacités, à adapter l'environnement, à préserver une vie sociale et relationnelle et à transférer à l'aidant des compétences adaptées à la situation.

L'infirmière coordinatrice se rend à domicile pour évaluer la situation. L'ergothérapeute ou le psychomotricien réalise ensuite une évaluation des capacités de la personne afin d'établir un plan individualisé de soins de réhabilitation pour déterminer les objectifs à atteindre (un ou deux objectifs).

Les interventions portent sur la cognition, l'activité motrice et l'ajustement des aides. L'objectif est de :

- conseiller, éduquer, prévenir la personne malade et son entourage
- solliciter et renforcer les compétences préservées et résiduelles et les savoir-faire
- proposer et automatiser des stratégies d'adaptation
- renforcer l'estime de soi, la communication verbale et non-verbale

Les séances sont menées par les ergothérapeutes, des psychomotriciens et des assistants de soins en gérontologie (aides-soignants ou aides médico-psychologiques avec une formation spécifique).

L'ESA intervient sur prescription médicale, avec une prise en charge de l'Assurance Maladie. 12 à 15 séances à domicile (foyer-logement, famille d'accueil, résidences services y compris) sont ainsi programmées sur trois mois, du lundi au vendredi.

Cet accompagnement peut être renouvelé un an après le début de la première intervention si la personne continue de présenter les critères d'inclusion.

Trois équipes sont présentes sur le département :

- deux équipes, portées par la Fédération ADMR de la Vienne, ayant chacune 10 places autorisées, ce qui leur permet d'accompagner soixante personnes
- une équipe, portée par la Mutualité Française Vienne SSAM en partenariat avec le CCAS de Châtelleraut, ayant 10 places également, ce qui permet d'accompagner une trentaine de personnes.

Elles couvrent la quasi-totalité du département à l'exception de Poitiers intra-muros qui n'est pas couvert. En revanche, les équipes en place peuvent tout de même intervenir sur ce secteur, dans la limite de leurs places autorisées et en lien avec les acteurs présents sur ce territoire.

Les trois équipes ESA actuellement en place n'atteignent pas encore un taux d'activité maximal, ce qui leur permet d'intervenir sur Poitiers en fonction des demandes et de mener des actions de communication nécessaires, notamment auprès des professionnels médicaux prescripteurs pour promouvoir le dispositif.

L'équipe ESA ADMR Nord-Vienne, pour l'année 2012, a accompagné 78 personnes et réalisé 907 séances avec une durée moyenne de prise en charge de 12,3 semaines. L'âge moyen des bénéficiaires est de 81,5 ans. Ouverte en 2010, l'activité de cette équipe est en constante progression.

Ouverte en mai 2012, l'équipe ADMR Sud-Vienne a réalisé 16 prises en charge pour l'année 2012.

En 2014, l'Equipe Spécialisée Alzheimer de la Mutualité Française Vienne SSAM a accompagné 107 personnes, contre 72 en 2013. En 2014, la file active mensuelle moyenne de l'ESA est en constante progression au regard de l'année 2013, représentant ainsi 29 usagers en 2014, alors que le constat était de 21 usagers en 2013. L'âge moyen des bénéficiaires en 2014 est de 79,6 ans.

La non-couverture de Poitiers par une équipe propre n'est pas actuellement problématique dans la mesure où les ESA du département font face aux demandes pour l'instant.

Les objectifs fixés par l'ESA tiennent compte de la durée d'accompagnement impartie de trois mois. Le temps de prise en charge les limite pour mettre en place des objectifs plus conséquents. De plus, certaines démarches administratives demandent du temps pour aboutir (dossier d'Aide Personnalisée d'Autonomie, place en accueil de jour...) et ne peuvent ainsi se coordonner avec la durée d'intervention de l'ESA, pouvant altérer la qualité du passage de relais entre les équipes et l'assurance de la continuité de leur intervention.

Même si une coordination, sous forme de temps d'échanges ou de transmission d'informations, est généralement instaurée avec le service de maintien à domicile qui prend le relais, les activités proposées par les aides à domicile ont souvent une moindre portée thérapeutique que celles des ergothérapeutes, psychomotriciennes ou Assistants de Soins en Gérontologie (ASG). Ce biais risque d'être réduit par l'ouverture de la formation d'ASG aux auxiliaires de vie.

Ce constat a amené les associations porteuses d'aide à domicile à proposer à des groupes d'aides à domicile d'effectuer une formation similaire non diplômante, en partenariat avec le Lycée Saint-Jacques de Compostelle de Poitiers.

Le renouvellement de l'ESA ne peut intervenir qu'un an après le début de l'intervention.

Les professionnels des ESA participent pleinement au soutien et à l'écoute de l'aidant, alors qu'il ne devrait s'agir que d'un simple accompagnement, selon le prévoit le cahier des charges. Le suivi psychologique est en effet difficile sur certains secteurs, notamment ruraux, et encore plus à domicile.

B. La plateforme d'accompagnement et de répit des aidants

1) Présentation

Le CCAS de Châtellerauld et la Mutualité Française de la Vienne (co-porteur du projet) ont soutenu un projet de Plateforme d'accompagnement et de répit des aidants, répondant ainsi à la mesure n°1 du plan national Alzheimer 2008-2012 qui prévoit « d'offrir sur chaque territoire une palette diversifiée de structures de répit, correspondant aux besoins des patients et aux attentes des aidants, en garantissant l'accessibilité à ces structures ».

La plateforme a ainsi ouvert ses portes au public en septembre 2012.

Elle s'adresse aux aidants familiaux de personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée et aux couples aidants-aidés :

- Résidants sur le territoire de la plateforme (37 communes concernés)
- Ou bénéficiant d'un accompagnement en accueil de jour : à la Maison Bleue de Châtellerauld ou au Clos des Myosotis de Mignaloux-Beauvoir

Elle a pour objectif d'informer et de soutenir les aidants, prévenir le risque d'épuisement et favoriser le maintien de la vie sociale et relationnelle des couples aidants-aidés. L'accompagnement est individualisé, de façon à proposer les services les plus adaptés aux besoins et à la situation de chacun.

Le diagnostic de la maladie n'est pas obligatoire, une suspicion suffit.

L'organisation de la plateforme permet des permanences physiques (le mardi après-midi à l'accueil de jour la Maison Bleue à Châtellerauld, et au Clos des Myosotis à Mignaloux-Beauvoir ; le jeudi après-midi au CCAS de Châtellerauld) et téléphoniques.

Des visites à domicile sont proposées aux personnes qui rencontrent des difficultés à se rendre sur les lieux de permanence.

Un numéro unique permet de joindre la coordinatrice. Lors de ce premier contact un rendez-vous est proposé pour l'élaboration d'un plan de répit sur l'un des lieux de permanence ou à domicile.

L'équipe est composée d'une coordinatrice (psychologue de formation), d'une psychologue clinicienne et d'une animatrice (aide médico-psychologique), ces deux dernières étant à temps partiel.

La coordinatrice informe, conseille et oriente sur les dispositifs existants. Elle organise et planifie les prestations et met en place, avec l'aidant, un plan de répit personnalisé.

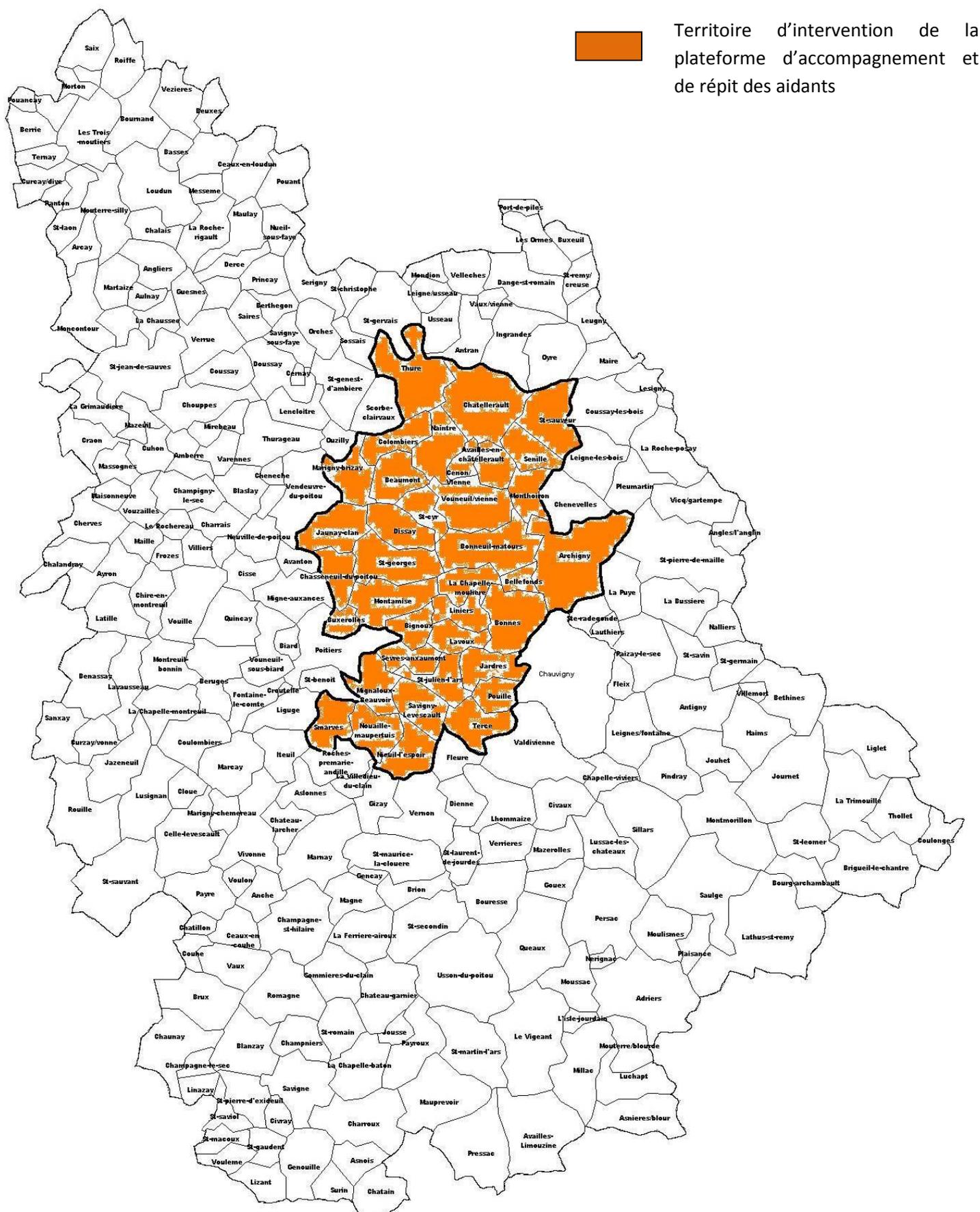
La psychologue apporte une écoute et une information individualisée, participe au suivi du plan de répit et à certaines actions collectives.

L'animatrice (de formation Aide Médico-Psychologique) est présente sur des actions d'animation, et au sein d'activités collectives. Elle peut également intervenir à domicile en relais de l'aidant.

L'accompagnement des couples aidants-aidés passe par différentes actions pouvant être payantes :

- **Visites à domicile**
- **Elaboration d'un plan de répit pour l'aidant** : lors du premier contact avec l'aidant, la coordinatrice de la plateforme lui propose un rendez-vous pour la réalisation d'un plan de répit personnalisé : point sur la situation d'aide, repérage des risques d'épuisement ou de dépression pour l'aidant, recueil de ses attentes et besoins, élaboration d'un plan de répit individualisé et proposition de suivi.
- **Information et orientation vers les dispositifs existants** en fonction de la demande, la situation et les besoins repérés : les dispositifs d'aide au répit et d'accompagnement des aidants (formation des aidants, actions proposées par France Alzheimer, accueil de jour, etc), les dispositifs de coordination gériatrique, les autres services spécialisés dans l'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou maladie apparentée (hôpital de jour, ESA).
- **Accompagnement psychologique individualisé** grâce à des entretiens avec la neuro-psychologue, lorsqu'est repéré un risque de dépression ou d'épuisement, ou lorsqu'un besoin de soutien dans l'accompagnement est exprimé.
- **Edition et diffusion d'un agenda des aidants** qui recense toutes les actions susceptibles d'intéresser les aidants sur le territoire de la plateforme et à Poitiers. Cet agenda est adressé chaque trimestre aux professionnels et aux aidants
- **Accueil des aidés pendant les réunions des familles et formations des aidants** : il s'agit de permettre aux aidants de participer aux actions de France Alzheimer en proposant de l'accueil de leur proche sur le même site autour d'activités adaptées. L'accompagnement, animé par la neuro-psychologue et l'aide médico-psychologique, a été proposé sur Châtelleraut pour les réunions des familles. Il n'a pas encore été mis en place pendant les formations des aidants, celles-ci étant programmées en dehors des jours d'ouverture de la plateforme de répit sur Châtelleraut.
- **Halte-relais et halte-répit** : participation de la coordinatrice et de l'aide médico-psychologique aux halte-relais organisées par France Alzheimer à Buxerolles ; création d'une halte-répit à Châtelleraut portée par la plateforme de répit en partenariat avec France Alzheimer
- **Relais à domicile** : intervention à domicile de l'aide médico-psychologique afin d'offrir un relais ponctuel à l'aidant :
 - relais santé : relayer l'aidant pour lui permettre de se rendre à un rendez-vous médical
 - relais parenthèse : relayer l'aidant en situation d'épuisement pour lui permettre de prendre du répit
- **Ateliers aidants-aidés** : sorties répit (sorties culturelles ou de loisirs proposées aux aidants/aidés) encadrées par les professionnels de la plateforme et bénéficiant du soutien de la Croix-Rouge Française ; séjours de répit (organisé par le CCAS de Châtelleraut)

Territoire d'intervention de la plateforme d'accompagnement et de répit des aidants sur la Vienne



Source : MAIA 86

Au cours de l'année 2013, 89 aidants ont bénéficié d'au moins une prestation de la plateforme d'accompagnement et de répit.

Au total, en 2013, 469 prestations ont été réalisées dans le cadre de la plateforme d'accompagnement et de répit.

Les aidants accompagnés par la plateforme de répit sont majoritairement des femmes (34%), des conjoints (63%) ou des enfants (34%) et vivent avec l'aidé dans 74% des situations.

2) Discussion

L'installation de la plateforme de répit sur le territoire est venue répondre à des besoins certains en matière de soutien des aidants et de coordination des réponses pouvant être apportées à ces derniers. L'agenda des aidants ou l'accompagnement de l'aidé durant des activités communes avec l'aidant, en est une parfaite illustration.

Il serait intéressant que le territoire de la plateforme soit étendu à l'ensemble du département, pour élargir l'accessibilité à ces services. On constate par exemple sur l'année 2013 que 11% des aidants accompagnés n'habitaient sur le territoire d'intervention de la plateforme, ce qui confirme des besoins sur les autres territoires.

Les retours des participants sur les actions proposées apparaissent très positifs. De plus en plus d'orientations vers la plateforme sont effectuées par les partenaires. Le service commence à être connu et reconnu par certains acteurs du territoire.

Les partenariats et le travail de communication doivent toutefois encore être développés.

Pour la plateforme, il lui semble important de continuer de développer le travail de partenariat engagé avec les CLIC et les réseaux, acteurs importants de la coordination des territoires sur lesquels elle intervient.

Dans le cadre d'une offre de répit aux aidants, le succès du dispositif dépend de la capacité d'offrir des réponses variées. Cette diversité de formules de répit génère un temps important en matière de préparation et d'organisation.

C. Les capacités d'accueil et d'hébergement des personnes âgées dépendantes

1) Présentation des différents modes d'hébergement permanent

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

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

Lorsque la vie à domicile devient compliquée, ou tout simplement par choix, les personnes âgées peuvent opter pour une vie collective, à travers différentes formules :

- Les **Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées (EHPA)** : plus communément, c'est que l'on appelle les foyers-logement ou encore les maisons d'accueil rurale pour personnes âgées (MARPA) et les maisons d'accueil familiale pour personnes âgées (MAFPA).

- Les **Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD)** : il s'agit des maisons de retraite médicalisées.

On peut également y ajouter les **Unités de Soins de Longue Durée**, au sein des établissements de santé, qui permettent un hébergement permanent pour les personnes âgées nécessitant une surveillance médicale continue et des soins médicaux.

Les personnes âgées peuvent percevoir l'Aide Personnalisée au Logement (APL) ou l'Allocation de Logement Sociale (ALS) et l'APA lorsqu'elles sont en EHPA et EHPAD si la structure est conventionnée.

Depuis fin 2014, les services hospitaliers, les usagers, leurs accompagnants ainsi que les médecins libéraux, peuvent rechercher des EHPAD, EHPA et USLD sur le site ViaTrajectoire et envoyer leur dossier de demande d'admission aux structures correspondant à leurs critères de recherche via une connexion sécurisée et confidentielle grâce à ce nouveau service public gratuit (www.viatrajectoire.fr)

On observe un taux d'équipement sur la Vienne de 148,2 (nombre de places offertes en EHPA, EHPAD et USLD pour 1 000 personnes de 75 ans et plus) au 1^{er} janvier 2013 contre 133,9 en Poitou-Charentes et 122,4 en France métropolitaine.

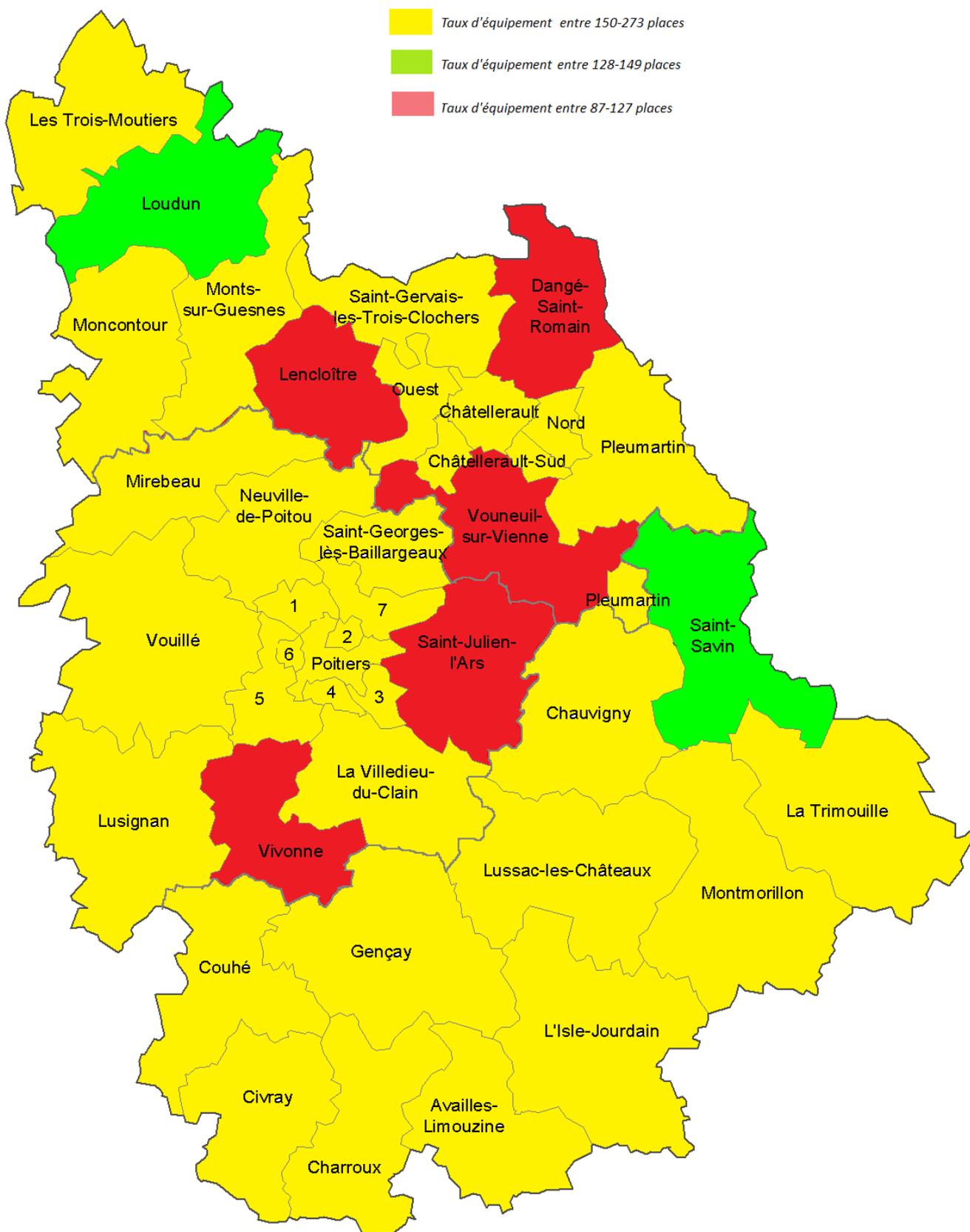
Le taux d'équipement en lits médicalisés (EHPAD + USLD) pour 1000 habitants est de 120,8 (contre 115,3 en Poitou-Charentes et 99,6 en France métropolitaine). (*Source : Données Statiss, au 1^{er} janvier 2013*). Ces chiffres sont en légère baisse par rapport à 2012.

Néanmoins, quelques cantons du territoire MAIA ont un taux d'équipement inférieur à la moyenne départementale.

Taux d'équipement par cantons toutes places confondues (EHPA, EHPAD, USLD) en 2012

Au 01.01.2012

Moyenne départementale : 149,5 places pour 1000 personnes de 75 ans et plus

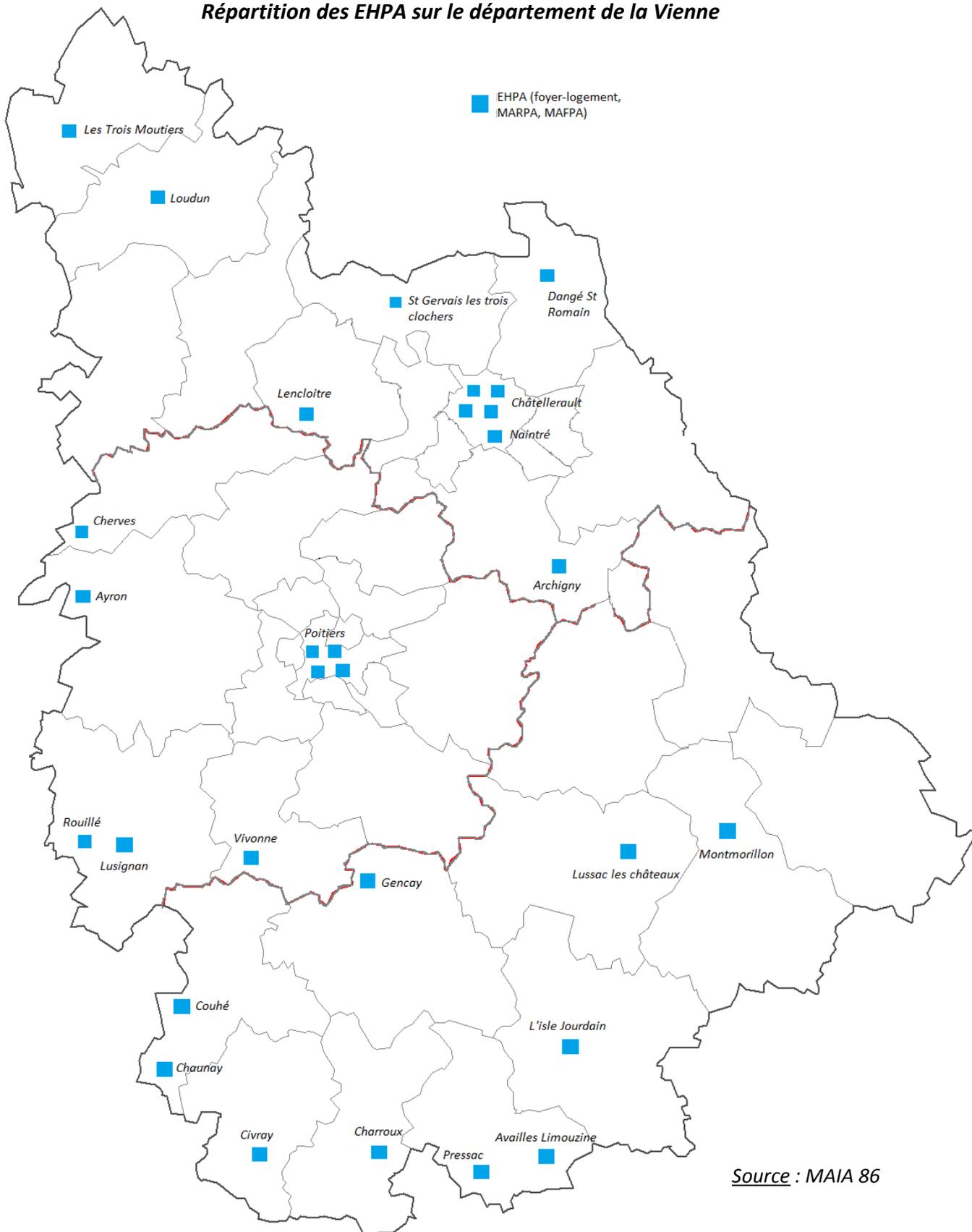


Source : Conseil Général de la Vienne

1.1 Les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agedes (EHPA)

Les foyers-logements proposent de véritables appartements (du studio au F3) pour les personnes valides ou semi-valides de plus de 60 ans (GIR 6 et 5). Ces structures peuvent également proposer aux personnes âgées de prendre leurs repas de manière collective et de partager ensemble des activités proposées par l'établissement.

Répartition des EHPA sur le département de la Vienne



Source : MAIA 86

Caractéristiques des EHPA présents sur le territoire MAIA Sud

Type de structure	Localisation	Nb de places	Organisme gestionnaire	Foyer-restaurant	Rattaché à un EHPAD
Foyer logement	Availles-Limouzine	38 + 10 pavillons	CCAS	Oui (pour résidents) Portage de repas (sauf samedi, dimanche et jours fériés) dans un périmètre raisonnable	Non
Foyer logement MAFPA	Ayron	18	Mairie	Oui (également pour les personnes extérieures) Portage de repas : non	Non
Foyer logement	Charroux	39	CCAS	Oui (également pour les personnes extérieures) Portage de repas : non	Non
Foyer logement	Chaunay	46	S.I.V.O.M	Oui (également pour les personnes extérieures) Portage de repas : non	Non
Foyer logement	Civray	52	CCAS	Oui Portage de repas : Oui	Non
Foyer logement	Couhé	8	Communauté de Communes	Oui	Oui
Foyer logement	Gençay	31	CCAS	Oui Portage de repas : oui	
Foyer logement	L'Isle-Jourdain	37	CCAS	Oui	Oui
Foyer logement	Lusignan	29 (dont 1 accueil temporaire)	CCAS	Non	
Foyer logement Résidence « La Noiseraie »	Lussac-les-Châteaux	48	CCAS	Oui	

Foyer logement « L'Oasis »	Montmorillon	33+12 en cours de réhabilitation	CCAS	Oui (également pour les personnes extérieures) Portage de repas : non	Non
Foyer logement Résidence L'Impériale	Pressac	12	CCAS	Oui	Non
Foyer logement EHPA « La Rose d'Or »	Rouillé	21 (dont 1 accueil temporaire)	CCAS	Oui	
Foyer logement EHPA « Maisounnaïe »	Saint-Sauvant	24 (dont 2 en accueil temporaire)	CCAS	Oui	Non
Total : 446 places					

Source : MAIA 86

Les foyer-logement sont assimilés à un domicile privé : les appartements sont fermés à clé. La personne âgée doit assurer l'entretien de son logement par elle-même ou en faisant appel à un service de son choix.

Un hébergement en foyer-logement coûte environ 500€ à 600€ par mois pour le résident. Il doit à cela ajouter les frais de repas, d'aide à domicile éventuellement pour le ménage et les animations qui ne sont pas comprises dans le tarif d'hébergement.

Un hébergement en maisonnée coûte environ 1300€ par mois, les repas et services étant compris.

Dans les MARPA et MAFPA, les résidents partagent des lieux de vie collective, pour les repas par exemple. Ce sont des petites unités d'une capacité inférieure à 25 places. Elles proposent un accueil familial grâce à un accompagnement individualisé et une assistance personnalisée et un système d'astreinte de nuit. Les résidents ont la possibilité : de prendre les repas préparés par le personnel de manière collective (obligatoire le midi, simple possibilité le soir), de participer à la vie quotidienne et aux animations proposées, de rester intégrés dans leur milieu de vie, de conserver leurs intervenants sociaux (aide à domicile, employé de maison...) et de soins (médecin, infirmier...).

1.2 Les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agedes Dépendantes (EHPAD)

Les EHPAD, plus communément appelés maisons de retraite, sont des structures médicalisées accueillant des personnes de plus de 60 ans en perte d'autonomie (GIR 4 à GIR 1). Il y a ainsi eu 16 dérogations accordées sur l'année 2013.

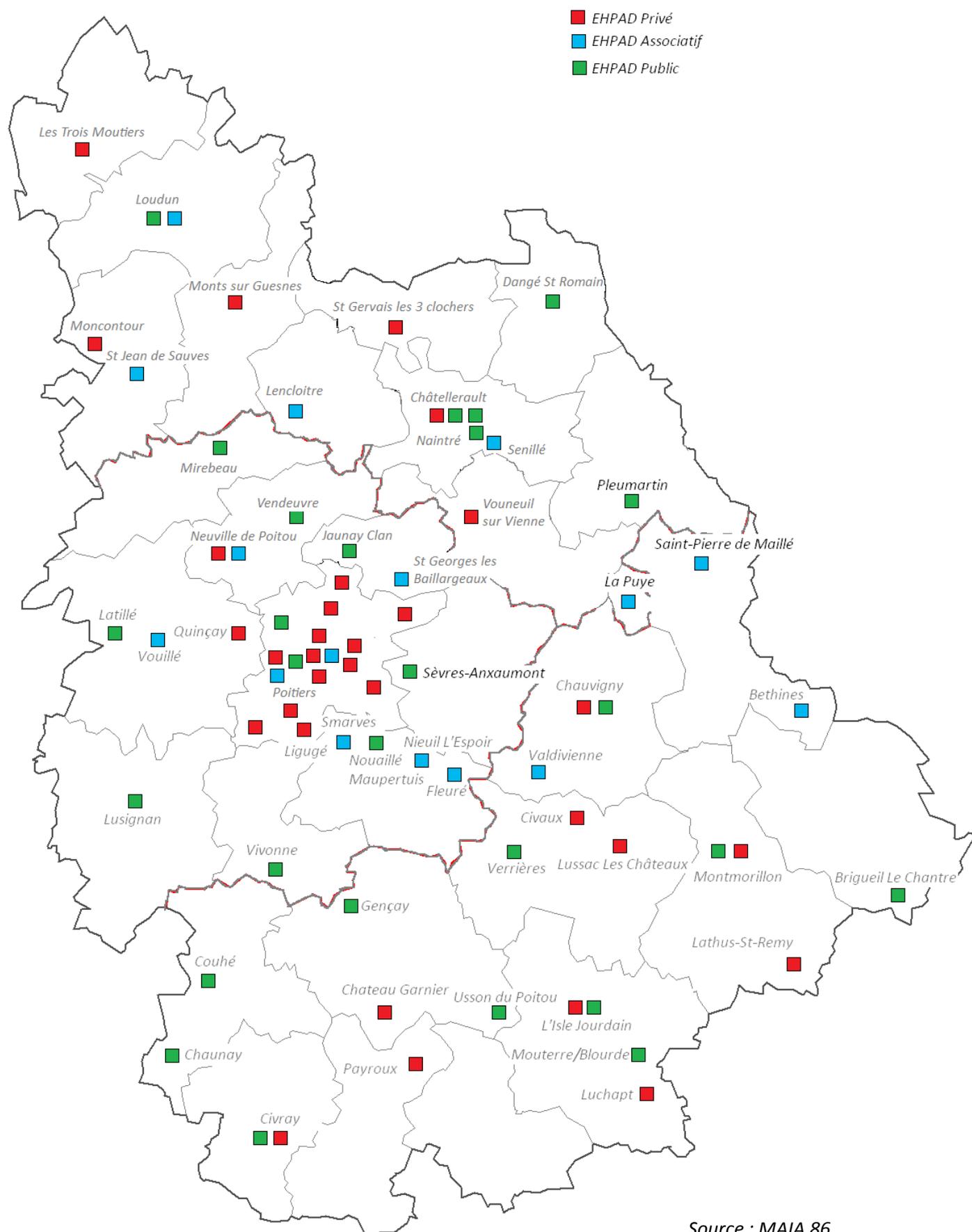
Au 1^{er} janvier 2014, on dénombre 33 établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) sur le territoire MAIA Sud pour un total de 2 482 places autorisées dont :

- 2 138 places d'hébergement permanent autorisées mais 2 090 places installées
- 286 places en Unité de Vie Protégée
- 51 places dédiées spécifiquement à l'hébergement temporaire
- 7 places en accueil de jour

68 places en PASA sont également ouvertes sur ces établissements.

La moyenne d'âge des bénéficiaires de l'APA et de l'aide sociale en EHPAD est de 87 ans au 31/12/2013.

Répartition des EHPAD sur le département



Source : MAIA 86

Etablissement	Type de porteur	Nb total de places	Nb de places aide sociale	Nb de places d'héberg. permanent	Nb de places AJ	Nb de places en héberg. temporaire	Conditions à l'héberg. temporaire	Nb de places en UVP	PASA	UHR	Associé à 1 CH	Associé à un service d'HAD	Associé à un service psy.
CANTON DE CHARROUX													
EHPAD Résidence Les Cèdres 8 place du Général De Gaulle 86350 PAYROUX	Privé à but lucratif	60	19	60	-	-		-					
CANTON DE CHAUVIGNY													
EHPAD les Marronniers 23 route de Poitiers 86300 CHAUVIGNY	Public	140	134	134	6*	-		-					
EHPAD Emeraudes 9 rue vassalour 86300 CHAUVIGNY	Privé à but lucratif	99	10	84	-	5	aucune	10			CHU Poitiers	Convention avec HAD du CHU	Aucun
EHPAD le clos Adler* Le bourg 86300 VALDIVIENNE	Privé à but non lucratif	33	NON	33	-	-		-			Sans objet	Sans objet	Sans objet

*Accueil de jour itinérant de 6 places entre l'EHPAD de Sèvres-Anxaumont et de Chauvigny : l'EHPAD de Sèvres-Anxaumont détient l'autorisation administrative

Etablissement	Type de porteur	Nb total de places	Nb de places aide sociale	Nb de places d'héberg. permanent	Nb de places AJ	Nb de places en héberg. temporaire	Conditions à l'héberg. temporaire	Nb de places en UVP	PASA	UHR	Associé à 1 CH	Associé à un service d'HAD	Associé à un service psy.
CANTON DE CIVRAY													
EHPAD Les capucines 16 Av Jean Jaurès 86400 CIVRAY	Public	120	120	106		-		14			Convention filière gériatrique avec le CHU de Poitiers	Convention avec la Mutualité Charente	Convention avec le CH henri Laborit de Poitiers
EHPAD Santa Monica La Vallée des bas champs 86400 CIVRAY	Privé à but lucratif	59	3	47	-	2	Aucune	10					
CANTON DE COUHE													
EHPAD de Couhé 7 rue des Charrières 86510 CHAUNAY	Public	50	10	39	-	1		10					
EHPAD Le champ du chail Rue de la Morliane 86700 COUHE	Public	73	NON	73	-	-		-					

Etablissement	Type de porteur	Nb total de places	Nb de places aide sociale	Nb de places d'héberg. permanent	Nb de places AJ	Nb de places en héberg. temporaire	Conditions à l'héberg. temporaire	Nb de places en UVP	PASA	UHR	Associé à 1 CH	Associé à un service d'HAD	Associé à un service psy.
CANTON DE GENCAY													
EHPAD La Rêverie Place de l'Eglise 86350 CHATEAU GARNIER	Privé à but lucratif	81	8	67	1	1 (pas attirée)		12	14				
EHPAD Rés Géraud de Pierredon 1 rue de Pierredon 86160 GENCAY	Public	68	3	34	-	6		28					
EHPAD Rés La Nougeraie 10 allée de la Nougeraie 86350 USSON DU POITOU	Privé à but non lucratif	106	19	73	6	5		22					
CANTON DE LA TRIMOUILLE													
EHPAD Le val de Benaize Champs de la borde Les 4 routes 86290 BRIGUEIL LE CHANTRE	Privé à but lucratif	80 Ouvertes(e n attente de réhabilitation du nouveau site pour passer à 122Autorisées en 2014)	12	48	-	4		28			CH de Montmorillon	Non	CH Laborit

Etablissement	Type de porteur	Nb total de places	Nb de places aide sociale	Nb de places d'héberg. permanent	Nb de places AJ	Nb de places en héberg. temporaire	Conditions à l'héberg. temporaire	Nb de places en UVP	PASA	UHR	Associé à 1 CH	Associé à un service d'HAD	Associé à un service psy.
CANTON DE LA VILLEDIEU DU CLAIN													
EHPAD St Thibault 1 rue Galilée 86340 FLEURE	Privé à but non lucratif	38	3	26	-	2	Maxi 90 jours	10			Convention avec CHU Poitiers	Convention à chaque intervention	Non
EHPAD La genollière ** 13 rue de la Génollière 86340 NIEUIL L'ESPOIR	Privé à but non lucratif	69	NON	69	-	-		-				Convention CHU et Clinique Saint-Charles	
EHPAD Les grillons 2 rue Lambernau 86340 NOUALLE MAUPERTUIS	Public	71	10	70	-	1		-					
EHPAD Le clos des chênes 2 allée des lumas 86240 SMARVES	Privé à but non lucratif	71	26 (21 places pour personnes handicapées + 5 places pour Personnes Agées)	55	-	3		13	14			Convention CHU	

Etablissement	Type de porteur	Nb total de places	Nb de places aide sociale	Nb de places d'héberg. permanent	Nb de places AJ	Nb de places en héberg. temporaire	Conditions à l'héberg. temporaire	Nb de places en UVP	PASA	UHR	Associé à 1 CH	Associé à un service d'HAD	Associé à un service psy.
CANTON DE L'ISLE JOURDAIN													
EHPAD Les grands chênes 15 avenue de lussac 86150 L'ISLE JOURDAIN	Public	39	2	39	-	-		-					
EHPAD Au jardin des alisiers 4 rue Puysebert 86150 L'ISLE JOURDAIN	Privé à but lucratif	62	3	60	-	2	Aucune	-					
EHPAD Richelot-Lassé Le pré de la maison 86430 LUCHAPT	Privé à but lucratif	46 (dont 14 places en UPHV)	26 (12 + 14 pour UPHV)	35		1	Aucune	10					
EHPAD La petite suisse 1 rue de la cure 86430 MOUTERRE SUR BLOURDE	Public	45	45	34	-	-		11					

Etablissement	Type de porteur	Nb total de places	Nb de places aide sociale	Nb de places d'héberg. permanent	Nb de places AJ	Nb de places en héberg. temporaire	Conditions à l'héberg. temporaire	Nb de places en UVP	PASA	UHR	Associé à 1 CH	Associé à un service d'HAD	Associé à un service psy.
CANTON DE LUSIGNAN													
EHPAD du site de Lusignan 29 route de Chypre 86600 LUSIGNAN	Hospitalier	164	164	149	-	3		12					
CANTON DE LUSSAC LES CHATEAUX													
EHPAD Pierre Péricard 11 rue de la croche 86320 CIVAUX	Privé à but lucratif	47	5	31	-	4	Selon disponibilités	12			CHU Poitiers et CH Montmorillon	oui	CHL Unité Cousin
EHPAD Bellevue 8 chemin impérial 86320 LUSSAC LES CHATEAUX	Privé à but lucratif	67	8	65	-	2	Aucune	-	12		CHU Poitiers		En cours avec CHL
EHPAD L'orée du verger Chemin des buis 86410 VERRIERES	Public	36	4	36	-	-		-			CHU Poitiers		CHL

Etablissement	Type de porteur	Nb total de places	Nb de places aide sociale	Nb de places d'héberg. permanent	Nb de places AJ	Nb de places en héberg. temporaire	Conditions à l'héberg. temporaire	Nb de places en UVP	PASA	UHR	Associé à 1 CH	Associé à un service d'HAD	Associé à un service psy.
CANTON DE MONTMORILLON													
EHPAD Résidence Larémy 18 rue du Château 86390 LATHUS ST REMY	Privé à but lucratif	49	4	35		2		12					
EHPAD du centre hospitalier de Montmorillon 2 rue Henri Dunan 86500 MONTMORILLON	Hospitalier	133	133	113	-	-		20	14		CH Montmorillon		CHL
EHPAD Rés d'Or 22 rue d'ypres 86500 MONTMORILLON	Privé à but lucratif	124	20	110	-	-		14			CH Montmorillon	Non	CHL
CANTON DE POITIERS													
EHPAD Les jardins de Montplaisir 2 chemin de la boutederie 86240 LIGUGE	Privé à but lucratif	80	5	67	-	1 (pas de place dédiée)	Mêmes conditions que pour l'hébergement permanent	12	14		Convention avec CHU pôle gériatrique et SP	Pas associé mais convention si nécessaire	Non

Etablissement	Type de porteur	Nb total de places	Nb de places aide sociale	Nb de places d'héberg. permanent	Nb de places AJ	Nb de places en héberg. temporaire	Conditions à l'héberg. temporaire	Nb de places en UVP	PASA	UHR	Associé à 1 CH	Associé à un service d'HAD	Associé à un service psy.
CANTON DE SAINT SAVIN													
EHPAD Ste Elisabeth Rue Ste Elisabeth 86310 BETHINES	Privé à but non lucratif	50	OUI *	50	-	-		-					
<ul style="list-style-type: none"> 40 places habilitées à l'aide sociale toutes réparties sur EHPAD La Puye, St Pierre de Maillé et Béthines 													
CANTON DE VIVONNE													
EHPAD Les tilleuls 1 rue des Alouettes 86370 VIVONNE	Public	72	5	58	-	2		12			Non	Non	Non
CANTON DE VOUILLE													
EHPAD La chèzed'or 2 bis rue du gymnase 86190 LATILLE	Public	62	15	62	-	-		-					Convention psychiatrie CHL : 1 IDE une semaine/2
EHPAD Les jardins d'Eden 13 rue de la duboiserie 86190 QUINCAY	Privé à but lucratif	72	NON	70	-	2	5 mois maximum	-					

Etablissement	Type de porteur	Nb total de places	Nb de places aide sociale	Nb de places d'héberg. permanent	Nb de places AJ	Nb de places en héberg. temporaire	Conditions à l'héberg. temporaire	Nb de places en UVP	PASA	UHR	Associé à 1 CH	Associé à un service d'HAD	Associé à un service psy.
EHPAD Le belvédère Ste clotilde 2 rue du moulin neuf 86190 VOUILLE	Privé à but non lucratif	74	5	58	-	2		14				Convention CHU	

a) Les places conventionnées « Aide Sociale »

L'Aide Sociale est un droit réglementé par le Code d'Action Sociale et des Familles.

Elle permet au demandeur, dont les moyens financiers sont insuffisants pour payer le tarif de l'EHPAD, une prise en charge du Conseil Général, de la part que le résident ou ses obligés alimentaires ne peuvent financer.

Le Conseil Général se base sur un tarif qu'il fixe au titre des places Aide Sociale dans les EHPAD : ce tarif est de 48€ par jour pour les établissements partiellement habilités.

Au 30 juin 2014, sur le département, 1912 places sont habilitées à l'aide sociale : 1489 le sont dans des établissements totalement habilités et 423 dans des établissements partiellement habilités.

Sur le territoire MAIA Sud il existe 821 places d'aide sociale + 40 places d'aide sociale réparties entre 3 établissements des territoires MAIA Nord et MAIA Sud.

Chaque département édite son propre règlement d'aide sociale. Ainsi, le règlement départemental d'aide sociale de la Vienne ne s'applique qu'aux personnes domiciliées dans la Vienne (à leur domicile, chez un particulier agréé ou dans un établissement conventionné).

« La prise en charge s'effectue en complément de celle des organismes de protection sociale et dans la mesure où celui qui la sollicite ne dispose pas de revenus personnels pour l'assumer et éventuellement avec l'aide solidaire de sa famille (obligation alimentaire). L'aide sociale est donc subsidiaire et complémentaire.

Les revenus sont ceux du demandeur et, le cas échéant, ceux de son conjoint, concubin ou de la personne avec laquelle il a passé un Pacte civil de solidarité (PACS). Sauf dispositions particulières, pour l'appréciation des ressources des postulants à l'aide sociale, il est tenu compte :

- *des revenus professionnels ou autres (revenus concubin, PACS),*
- *les revenus de capitaux mobiliers ou immobiliers,*
- *de la valeur en capital des biens non productifs de revenus qui, à l'exclusion de ceux constituant l'habitation principale du demandeur, sont considérés comme procurant un revenu annuel égal à 50% de leur valeur locative s'il s'agit d'immeubles bâtis, à 80 % de cette valeur, s'il s'agit de terrains non bâtis et à 3 % du montant des capitaux. (Articles L. 132-1 et R. 132-1 du CASF)*

Les revenus non pris en compte :

- *La retraite du combattant et les pensions attachées aux distinctions honorifiques,*
- *les prestations familiales, l'allocation logement, l'aide personnalisée au logement, les prestations de l'aide sociale à l'enfance et de l'aide à la famille »¹⁰.*

L'Aide Sociale n'intervient donc qu'en dernier recours. Il faut que le demandeur ait utilisé son capital (économies) et que ses revenus mensuels ne lui permettent pas de financer le tarif demandé par l'EHPAD. Dans ce cas, les obligés alimentaires sont sollicités pour payer la part restante. S'ils ne le peuvent, le Conseil Général débloque les fonds d'aide sociale pour financer la part restante.

En cas de possession par le demandeur de biens immobiliers, celui-ci n'est pas tenu de les vendre pour déposer une demande. En revanche, le Conseil Général peut requérir l'inscription d'une hypothèque légale sur les immeubles et biens appartenant au bénéficiaire de l'Aide Sociale afin de garantir sa créance (pour des biens immobiliers d'une valeur égale ou supérieure à 1500 €).

¹⁰ Règlement Départemental d'Aide Sociale pour les personnes âgées et les personnes handicapées, DGAS, Conseil Général de la Vienne, juin 2013

L'obligation alimentaire est due (art 205 et suivants du CASF) :

- « entre époux,
- entre les enfants et leurs parents ou autres ascendants qui sont dans le besoin,
- entre les gendres et les belles-filles et leur beau-père et belle-mère, L'obligation alimentaire des gendres et belles-filles cesse lors du décès de leur conjoint, en l'absence d'enfant ou lorsque les enfants issus de cette union sont eux-mêmes décédés,
- entre les petits enfants et leurs grands-parents lorsque les pères ou les mères sont décédés ».

Le code civil prévoit une obligation alimentaire entre petits-enfants et grands-parents. Le Conseil Général de la Vienne n'en tient pas compte pour l'instant, hormis en cas de décès des enfants.

« La prise en charge par le Département constitue une avance remboursable par le bénéficiaire de son vivant et à l'occasion de sa succession. Enfin, l'aide sociale est éventuellement récupérable sur les obligés alimentaires selon la nature des prestations ».

Ainsi, si le demandeur retrouve meilleure fortune, s'il est destinataire d'un legs ou d'une succession, le Conseil Général peut récupérer les sommes versées dès le premier euro engagé. Cette récupération est valable également sur la succession du demandeur.

La procédure du dossier d'aide sociale est précisée à l'article 24-3 du Règlement Département de l'Aide Sociale pour les Personnes Agées et les personnes Handicapées (DGAS - Conseil Général de la Vienne - juin 2013):

« La demande est déposée par la personne âgée ou son représentant légal auprès du CCAS de la commune de son domicile pour constitution d'un dossier. La décision d'admission prend effet à compter de la date d'entrée dans l'établissement si la demande a été déposée avant l'entrée en établissement ou dans les deux mois qui suivent l'entrée. Ce délai peut être prolongé une fois, dans la limite de deux mois par le Président du Conseil Général.

La personne âgée peut solliciter la prise en charge de ses frais de séjour au titre de l'aide sociale avant d'entrer en EHPAD, ou dans les deux mois qui suivent le jour d'entrée ou encore à tout moment si elle en assurait jusqu'alors le paiement. Le Président du Conseil Général fixe, en tenant compte du montant de la participation des obligés alimentaires, la proportion de l'aide consentie par la collectivité publique.

Les décisions du Président du Conseil Général sont susceptibles de recours devant la commission départementale d'aide sociale et de la commission centrale d'aide sociale. Cependant, si la contestation porte sur les modalités de répartition de la contribution des obligés alimentaires, le Juge aux affaires familiales compétent peut être saisi par le bénéficiaire ou son tuteur, ou le Président du Conseil Général pour le compte du bénéficiaire de la prise en charge.

Les admissions sont prononcées en principe pour cinq ans et révisables avant cette échéance pour tenir compte des modifications pouvant intervenir dans la situation de la personne âgée bénéficiaire et/ou de ses obligés alimentaires.

Le Président du Conseil Général peut demander à son service compétent la révision des dossiers des personnes âgées bénéficiaires d'une prise en charge de frais d'hébergement à qui l'APA serait attribuée. »

Le dossier d'Aide Sociale doit être constitué pour une place conventionnée Aide Sociale au sein de l'établissement. Il ne peut pas être demandé lorsque le résident occupe une place à taux plein dans l'EHPAD (ex : si l'EHPAD est conventionné pour 5 places d'Aide sociale déjà toutes occupées, le résident ne peut demander l'Aide Sociale que lorsqu'une des 5 places Aide Sociale est libre).

Lorsqu'un résident déjà installé à l'EHPAD se retrouve avec des moyens insuffisants pour financer l'EHPAD, il peut faire une demande d'Aide Sociale. Mais il faut alors qu'une place conventionnée soit

disponible au sein de l'établissement (si l'établissement où la personne résidait jusqu'alors est conventionné...). Sinon, il faut trouver une place dans un autre établissement.

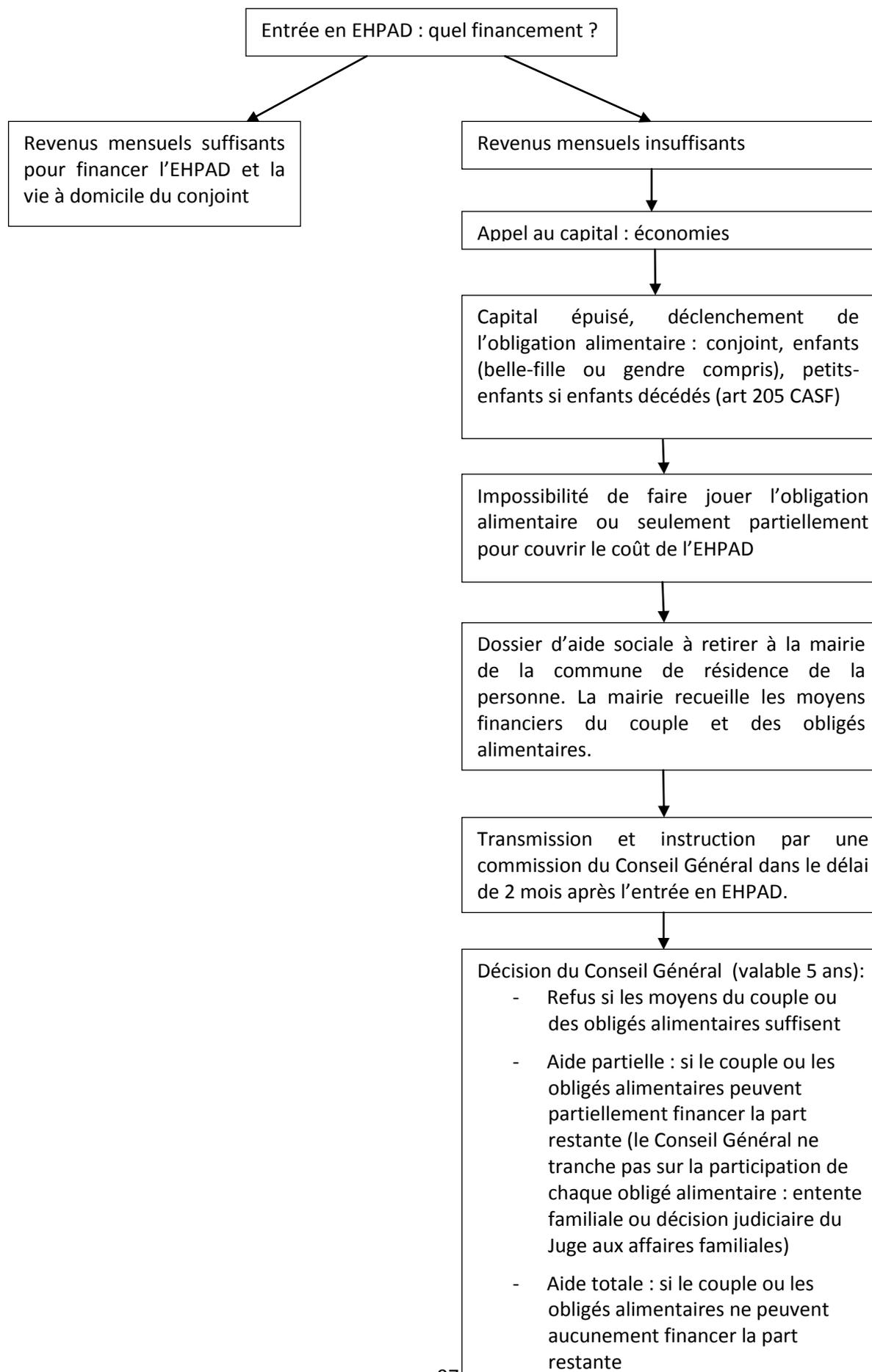
Il peut arriver qu'un résident doive changer d'établissement ou se retrouve sans solution si aucune place conventionnée aide sociale n'est disponible. Toutefois, le Conseil Général peut prendre un arrêté exceptionnel pour autoriser une personne à bénéficier d'une place habilitée à l'aide sociale, même si le nombre de places accordées est déjà atteint. Pour cela, l'établissement doit en faire la demande auprès du Conseil Général.

Néanmoins, si la personne réside depuis plus de 5 ans au sein de l'EHPAD, l'Aide Sociale sera automatiquement accordée, sous réserve de remplir toutes les conditions, même si l'EHPAD n'est pas conventionné. L'établissement se verra alors appliquer le tarif Aide Sociale.

Ainsi, au 30 juin 2014, il existait 4 places habilitées aide sociale dans des établissements qui ne sont pas conventionnés.

L'aide sociale peut également être attribuée par le maire en urgence à titre exceptionnel et uniquement en cas d'absolue nécessité pour accueillir une personne âgée dans un établissement d'hébergement.

Schéma explicatif d'une demande d'aide sociale en EHPAD



Répartition par cantons des 821 places habilitées à l'aide sociale dans les EHPAD sur le territoire MAIA Sud



Source : MAIA 86

b) Les Unités de Vie Protégée (UVP)

Les UVP sont des unités spécialisées au sein d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), destinées aux malades Alzheimer ou personnes désorientées. Parfois appelées « cantous », ces unités proposent un projet de vie propre avec un lieu défini, du personnel dédié et un projet de soins adapté. Les UVP sont destinées à des personnes avancées dans la maladie. Ces lieux de vie sont fermés (digicode, jardin clos...), permettant ainsi aux malades de se promener sans risque de sortir de l'établissement. Les repas peuvent être en partie préparés avec les résidents, permettant ainsi un maintien des capacités fonctionnelles et cognitives.

c) Les Pôles d'Activités et de Soins Adaptés (PASA)

Les pôles d'activités et de soins adaptés (PASA) émanent du plan Alzheimer 2008-2012 (mesure n°16). Ils sont installés au sein d'EHPAD et proposent, pendant la journée, aux résidents ayant des troubles modérés du comportement, des activités sociales et thérapeutiques. Ils constituent des espaces de vie spécialement aménagés, distincts du reste de l'établissement, avec un personnel spécifiquement formé. Ils permettent ainsi un meilleur accompagnement des malades en établissement avec la volonté de travailler sur les capacités restantes et l'autonomie des personnes.

Les PASA ne sont donc pas des unités de vie, à la différence des UVP, mais bien des lieux d'activités, l'équivalent des accueils de jour pour les personnes en EHPAD.

Dix sont installés sur le département. On en dénombre cinq sur le territoire MAIA Sud :

- Lussac les Châteaux : EHPAD Résidence Bellevue, 12 places
- Montmorillon : EHPAD porté par le Centre Hospitalier de Montmorillon : 14 places
- Château-Garnier : EHPAD La Rêverie : 14 places
- Ligugé : EHPAD Les jardins de Montplaisir : 14 places
- Smarves : EHPAD Résidence le clos des chênes : 14 places

1.3 Les Unités de Soins de Longue Durée (USLD)

L'USLD, unité de soins longue durée, est un établissement sanitaire destiné à l'hébergement des personnes âgées ayant perdu leur autonomie et dont l'état nécessite une surveillance et des soins médicaux constants (article L 711-2 du Code de la santé publique).

Ces unités définissent avec et pour chaque personne âgée, un projet de vie dans lequel s'inscrit le projet de soins. Ce dernier est réalisé en vue de préserver et de maintenir l'autonomie de la personne et de favoriser des actions permettant des ouvertures sur le monde extérieur.

Les moyens médicaux de l'USLD sont renforcés par rapport à ceux disponibles en EHPAD.

Le centre hospitalier de Montmorillon et le site de Lusignan disposent de lits en USLD : 42 lits à Montmorillon et 30 lits à Lusignan. Une demande d'aide sociale peut être déposée en USLD.

2) Les différents modes d'accueil temporaire

2.1 Les places d'hébergement temporaire

L'hébergement temporaire fait partie des solutions de répit qui s'offrent aux aidants.

Il permet à ces derniers de prendre quelques jours, quelques semaines pour se reposer, partir en vacances, réaliser des soins médicaux... dans la limite de 90 jours par an et par personne.

L'hébergement temporaire peut également permettre de préparer une entrée en établissement. L'aidant se prépare doucement à « lâcher prise » et à passer le relais avec les équipes.

Il est donc important que les établissements réservent quelques places à cet usage. Tous les établissements ne font pas ce choix et certains utilisent parfois ces places en hébergement permanent.

A contrario, les familles ne connaissent pas toujours cette possibilité. Il s'agit donc de mieux faire connaître cette solution de répit et d'encourager les établissements dans cette voie.

2.2 Les places d'accueil de jour

Suite à la circulaire DGCS/A3/2010/78 du 25 février 2010, les capacités minimales des accueils de jour dédiés à la prise en charge des personnes âgées, et notamment des personnes atteintes de maladies neuro-dégénératives cognitives, ont été revues à la hausse. Si l'accueil de jour est adossé à un EHPAD, il doit alors avoir une capacité minimale de six places. Dans le cas contraire, s'il est autonome, un minimum de dix places doit être prévu.

L'objectif de cette circulaire est d'offrir aux malades un accompagnement spécifique et dédié.

Ainsi, de nombreux EHPAD ont fermé la ou les quelques places d'accueil de jour dont ils disposaient, ne souhaitant ou ne pouvant pas appliquer les nouvelles normes.

Emanant de la Conférence de Territoire de la Vienne, un groupe de travail spécifique s'est ainsi constitué, afin de proposer des pistes de réflexion pour mailler le territoire et concilier les contraintes des EHPAD.

On compte aujourd'hui 7 places d'accueil de jour sur le territoire MAIA Sud : 1 place à l'EHPAD La Rêverie à Château Garnier et 7 places à l'EHPAD Résidence La Nougeraie à Usson du Poitou, ce qui est très peu au vu de la population âgée sur ce territoire.

Un accueil itinérant entre les EHPAD de Chauvigny et de Sèvres-Anxaumont a vu le jour en mai 2013, afin de concilier l'exigence du seuil minimal de 6 places et la répartition des accueils de jour sur le territoire. L'accueil de jour est ainsi ouvert trois jours à Sèvres-Anxaumont et deux jours à Chauvigny. Cette initiative de la part des deux établissements est intéressante et innovante.

Un appel à projet a été lancé conjointement par l'ARS et le Conseil Général de la Vienne en avril 2014 pour 42 places d'accueil de jour Alzheimer ou maladies apparentées en Vienne.

L'arrêté du 27 novembre 2014 a ainsi autorisé deux porteurs sur le département pour 21 places chacun.

Concernant le territoire de la MAIA Sud Vienne, l'association L'Escale, dont le siège social est basé à La Rochelle, va développer deux accueils de jour autonomes de 11 et 10 places à Vivonne et Montmorillon/Lussac les Châteaux.

Ils auront pour objectif de favoriser la vie à domicile tout en préparant à l'institution, apporter un soutien et répit aux aidants naturels, entretenir les capacités physiques, cognitives et sociale des usagers.

Le calendrier est le suivant : début 2015 démarrage sur le site de Vivonne et en fin d'année sur le site de Lussacois/Montmorillonnais.

Sur le territoire de Vivonne un transport sera organisé pour aller chercher et ramener les personnes à leur domicile dans un rayon de 25 kms autour du centre : cantons de Vivonne, Lusignan, Couhé, La Villedieu du Clain, Gençay.

Pourront être accueillis les personnes âgées de plus de 60 ans atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée, les personnes ayant une dépendance physique, les personnes âgées isolées.

Les personnes pourront être accueillies à la journée ou à la demi-journée, toute l'année, du lundi au vendredi de 10h à 17h. Des activités diverses seront proposées par du personnellement spécifiquement formé : ergothérapeute, assistant de soins en gérontologie, aide médico-psychologique.

L'accueil de jour fait partie des premières solutions de répit proposées aux familles.

En effet, il permet un détachement qui n'est pas trop long et donc plus facile à accepter pour les aidants. L'accueil de jour organise différents ateliers pour maintenir les capacités, change le regard que portent les familles sur le malade. Elles voient les capacités restantes du malade et non les déficits. Elles sont parfois même étonnées de ce que le malade est encore capable de faire.

Mais encore faut-il que les échanges et les liens soient bien établis entre l'aidant et l'accueil de jour, ce qui n'est pas toujours le cas.

Si le besoin est important pour les familles, les contraintes pour les établissements sont nombreuses : des locaux et du personnel dédiés, un transport indispensable à organiser...

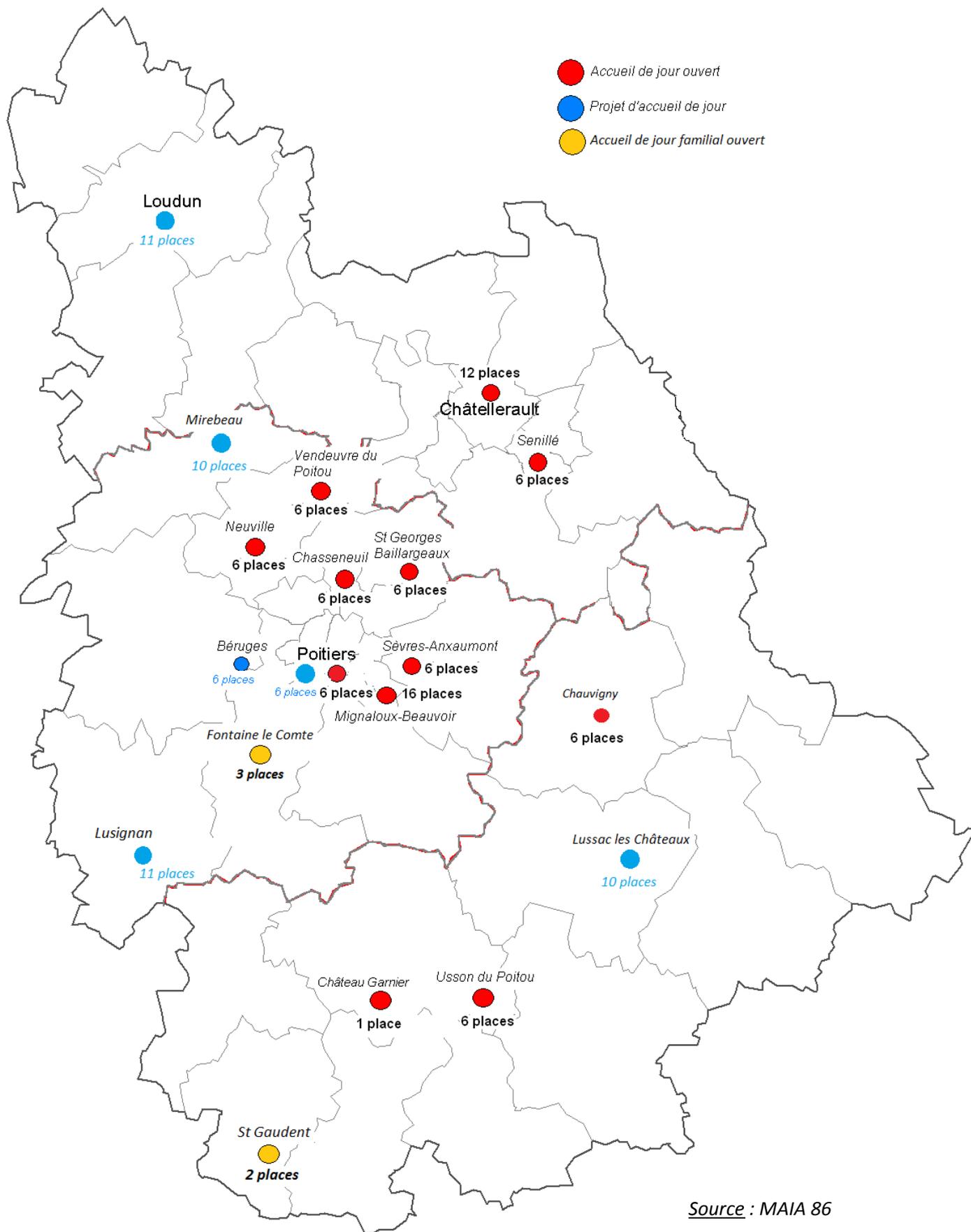
De plus, un tarif d'accueil de jour raisonnable pour les familles ne permet pas de compenser les dépenses engagées par l'EHPAD.

Beaucoup d'établissements organisent eux-mêmes le transport, grâce à des ramassages au domicile des malades. S'ils ne peuvent le faire, ils ont l'obligation de réduire leur tarif, afin de « compenser » le coût du transport pour les familles.

Le tarif d'une journée en accueil de jour se situe entre 30€ et 40€, auquel peuvent s'ajouter le transport s'il n'est pas organisé par l'EHPAD et le repas. Certains EHPAD proposent également un accueil sur des demi-journées.

L'accueil de jour peut être en partie pris en charge par l'APA dans la limite de trois jours par semaine. La prise en charge maximale par l'APA est de 25€ par jour avec l'application éventuelle d'une participation en fonction des ressources du bénéficiaire.

Répartition des places d'accueil de jour institutionnels et familiaux sur le département de la Vienne



3) L'accueil familial

L'accueil familial est une solution d'hébergement alternative. Proposé par des particuliers formés, agréés et suivis par le Conseil Général, l'accueil familial permet un séjour dans un cadre convivial et attentionné. Pour connaître les possibilités d'accueil familial, un annuaire des accueillants familiaux est disponible sur le site du Conseil Général.

Les Maisons d'Accueil Familial (MAF) constituent des solutions innovantes de proximité. Elles regroupent un accueillant familial et trois accueillis âgés ou handicapés, dans un logement composé d'une partie privative pour l'accueillant, d'une pièce de vie commune avec les accueillis, et de chambres privatives pour les accueillis.

Dans le cadre du schéma gérontologique 2010-2014, le Conseil Général de la Vienne a prévu la réalisation de Maisons d'Accueil Familial portées par des communes ou communautés de communes pour faciliter la complémentarité de la prise en charge des personnes dépendantes afin de pouvoir loger nos aînés habitant dans la commune ou bien à proximité.

Le GCMS « L'Accueil Familial en Vienne » est un groupement de communes qui a souhaité penser la vieillesse de nos aînés entrant dans une situation de dépendance en leur proposant une solution adaptée à leurs difficultés.

Cinq maisons d'Accueil Familial ont été construites ou rénovées dans cinq communes dont une sur le territoire MAIA Sud Vienne à Surin, dans le but d'accueillir des personnes âgées valides ou dépendantes et/ou des adultes handicapés :

- Mouterre-Silly : 1 accueillante dispose de 3 agréments
- Ceaux en Loudun : 1 accueillante dispose de 3 agréments
- La Roche Rigault : 1 accueillante dispose de 3 agréments
- Buxeuil : 2 accueillantes disposent de 2 et 3 agréments
- Surin : 2 accueillantes disposent de 2 et 3 agréments

Ce mode d'accueil convivial rencontre un grand succès. A tel point que quatre autres communes s'approprient à franchir le pas et ouvrir des maisons d'accueil familial pour 2016.

En revanche, le GCMS point une difficulté organisationnelle pour les accueillantes : il est difficile de trouver du personnel pour assurer les remplacements dans la maison familiale lorsque l'accueillante est en congés. Actuellement, une personne salariée assure tous les remplacements des sept accueillantes sur le département.

Deux accueils de jour familiaux, agréés par le Conseil Général ont ouvert sur le département de Vienne.

Un 1er accueil de jour familial a ouvert à Fontaine-le-Comte en octobre 2013. L'accueillante familiale, diplômée de l'école d'aide soignante, peut recevoir à son domicile, les mardis et les jeudis, trois personnes âgées ou handicapés atteintes de problèmes cognitifs type Alzheimer. L'objectif de cet accueil est double : proposer aux personnes atteintes des activités pour retrouver le désir de faire, l'échange et la présence et proposer une solution de répit pour la famille.

Cet accueil est inspiré de l'approche Carpe Diem mis en place par Nicole Poirier au Québec depuis 12 ans. Cette philosophie de vie consiste à essayer de comprendre les comportements, d'orienter l'accompagnement sur les ressources et les capacités et non sur les déficits, de s'ajuster à la personne, à ses besoins et non l'inverse.

Cette expérimentation appuie l'idée de la nécessaire diversification des solutions de répit sur le territoire.

Un deuxième accueil de jour, agréé par le Conseil Général, a ouvert à Saint-Gaudent en décembre 2014. L'accueillante familiale peut recevoir à son domicile, les mardis et les vendredis, deux personnes âgées ou handicapées atteintes de problèmes cognitifs type Alzheimer.

4) Discussion

Aujourd'hui, la problématique qui se pose dans les EHPAD est liée aux moyens financiers nécessaires pour accéder à ce type d'hébergement. Les EHPAD du territoire ont une fourchette de prix allant de 49,60€ à 90€ la journée (tarif hébergement incombant au résident), avec une moyenne se situant aux alentours de 60€ par jour.

Ceci représente une moyenne de 1950€ environ par mois, soit une somme conséquente, que de plus en plus de personnes âgées ont du mal à assumer. Les résidents peuvent toutefois bénéficier de l'aide au logement.

En cas de projet d'entrée en EHPAD, il est donc important que les personnes âgées et leurs familles puissent, en amont, évaluer les possibilités qu'elles ont de pouvoir financer une entrée en structure et ainsi être réalisée de manière sereine.

L'entrée en EHPAD d'un membre du couple va avoir des répercussions sur l'équilibre budgétaire de la cellule familiale. Pour celui qui entre en EHPAD, certaines charges sont à ajouter au coût de l'EHPAD (mutuelles, dépenses courantes). Il faut aussi s'assurer que celui restant vivre à domicile a les moyens de subvenir à ses besoins : mutuelle, dépenses courantes, service d'aide à domicile si besoin...

Le dossier d'aide sociale constitué avant l'entrée peut ainsi permettre d'avoir une estimation de la participation du Conseil Général et du reste à charge, car une personne entrant en EHPAD, même sur une place conventionnée aide sociale, et qui se voit refuser la participation du Conseil Général, payera le tarif à taux plein pour sa durée de séjour.

Cependant, les EHPAD peuvent désormais provisionner 90% des ressources de la personne afin de « limiter » les dettes en cas de refus d'aide sociale. Bien souvent, les provisions sont insuffisantes pour couvrir un éventuel refus.

Dans le cadre de l'aide sociale, les établissements sont également tenus de laisser à disposition de la personne une petite somme, appelée communément « argent de poche » équivalent à environ 80€/mois (au moins égale à 1/100e du montant annuel des prestations vieillesse). Le conjoint doit également pouvoir vivre à domicile avec les revenus restants.

De plus en plus de personnes âgées, dans le contexte économique actuel, se retrouvent dans une situation financière précaire.

Ainsi, au 30 juin 2014, alors que 1912 places étaient habilitées aide sociale sur le département, seulement 760 personnes bénéficiaient de l'aide sociale (soit 40% des places habilitées aide sociale) dont :

- 1489 places en établissements habilités totalement : 407 bénéficiaires de l'aide sociale (27%)
- 423 places en établissements habilités partiellement : 243 bénéficiaires de l'aide sociale (57%)

Plus que le nombre de places aide sociale, c'est leur répartition sur le territoire qui permet à ceux qui le nécessitent d'accéder à ce droit.

Il peut arriver actuellement de voir des personnes sortir d'EHPAD et rentrer vivre à domicile, faute de moyens pour payer l'EHPAD à taux plein et attendant une place Aide Sociale.

Le Conseil Général recense ainsi le nombre de retours à domicile constatés chaque année. Cependant, le motif de la sortie n'est pas connu : problématique financière, souhait de la personne, amélioration de l'état de santé...

Passage de l'APA en établissement à l'APA à domicile

Année	Nombre de sorties d'établissement pour retourner à domicile
2011	105
2012	190
2013	151

Source : DGAS, Conseil Général

Ces sorties d'EHPAD soulèvent de nouvelles problématiques pour les établissements qui ne sont pas habitués à gérer ce genre d'événement : comment préparer la sortie ? à quels acteurs s'adresser ?

Une étude va ainsi être menée au niveau du département dans le cadre des dispositifs MAIA auprès des établissements et des CLIC-Réseaux gérontologiques. Il s'agira de recenser le nombre de sorties d'EHPAD et les problématiques que peuvent rencontrer les établissements et également savoir si les CLIC-Réseaux sont contactés pour apporter leur expertise du domicile.

Les enfants aussi sont parfois anxieux en raison d'un sentiment de culpabilité de devoir « placer » leurs parents en EHPAD mais aussi car ils doivent faire face à de nouvelles contraintes financières qui peuvent s'ajouter, d'autant qu'ils aident déjà souvent leurs enfants et parfois petits-enfants. Avec l'allongement de la durée de vie, les familles peuvent comporter parfois jusqu'à quatre générations. Jusqu'où peut aller la solidarité familiale et quelles contraintes impose-t-elle dans un contexte économique fragile ?

La nature des relations intra-familiales est aussi à prendre en compte et il existe souvent des traumatismes anciens qui resurgissent lors d'une discussion autour d'une entrée en établissement ou lors de la sollicitation d'obligations alimentaires.

Certaines personnes renoncent ainsi à entrer EHPAD, ne souhaitant pas demander de contribution à leurs enfants ou refusant que l'aide sociale soit récupérée sur succession par la suite. La transmission des biens aux enfants est un motif très récurrent pour expliquer le refus de demande d'aide sociale.

De même, la réflexion sur le parcours doit aussi se construire au sein des établissements. Il existe sur le territoire des établissements qui présentent une partie EHPA et une partie EHPAD, permettant ainsi au résident en EHPA une continuité de parcours lors de son entrée en EHPAD. Cette possibilité serait sans doute une piste à développer.

En effet, il est dommage qu'en perdant son autonomie, une personne ayant fait la démarche de vivre en établissement, soit contrainte à changer de lieux, d'équipe, de relations sociales et amicales, car l'établissement ne peut plus lui offrir un accompagnement adapté. Le passage d'un EHPA à un EHPAD serait ainsi moins traumatisant pour la personne.

Il paraît également nécessaire d'anticiper l'entrée d'une personne en EHPAD notamment en développant l'accueil de jour qui peut permettre au futur résident de faire connaissance avec l'EHPAD et au personnel de l'EHPAD de faire connaissance avec le futur résident.

Il paraît également important de faire connaître l'accueil de jour en communiquant auprès des médecins généralistes, des intervenants à domicile, etc.

Afin de préparer au mieux l'entrée d'une personne en EHPAD, il serait également opportun de développer les liens avec les services d'aide à domicile qui interviennent auprès de la personne âgée avant son entrée en EHPAD et de favoriser des temps d'échanges entre les EHPAD et les services à domicile d'un territoire.

De plus en plus d'établissements se rendent à domicile afin de rencontrer la personne et de préparer son entrée dans la structure.

Concernant les places d'hébergement temporaire, celles-ci ne peuvent accueillir que très rarement des personnes « en urgence », car elles sont généralement réservées par des personnes pour des séjours « programmés » allant de quelques jours à 3 mois.

Les services d'HAD n'interviennent que de temps en temps dans les EHPAD car d'une part les équipes n'ont pas encore le réflexe d'interpeller les services d'HAD et d'autre part elles sont parfois un peu réticentes à les interpeller en raison d'une mise en place jugée parfois un peu longue.

La priorité pour les établissements n'est pas forcément de créer de nouveaux EHPAD mais de doter en places supplémentaires ceux existants. D'après les principales fédérations représentant les EHPAD un établissement a en effet du mal à garantir son équilibre budgétaire en dessous de 70 places.

De plus, la majorité des établissements ont un taux d'occupation moyen annuel proche du 100%. Au 30/06/2013, le taux de remplissage de l'hébergement permanent déclaré par les EHPAD du département est de 96 % (*Source : DGAS, Conseil Général de la Vienne*).

Ceux ayant le plus de difficultés à atteindre un taux d'occupation de 100% sont ceux proposant des tarifs élevés.

L'accompagnement de résidents de plus en plus dépendants nécessite des moyens humains en conséquence. La « bienveillance » souhaitée par tous est souvent difficile à mettre en œuvre au quotidien.

L'accueil de nuit n'est pas actuellement proposé sur le département. Il s'agirait d'une solution qui mériterait d'être explorée par les EHPAD, car certains besoins remontent des familles, notamment quand l'aidant a du mal à dormir suite aux troubles du comportement nocturnes du malade.

Cependant, cela reviendrait, pour les établissements à mobiliser, à nouveau, des places d'hébergement pour une occupation partielle. Or, une occupation partielle signifie un financement moindre.

Les places destinées au répit des aidants devraient pouvoir sortir de l'évaluation globale de l'établissement pour sa dotation, afin qu'elles puissent être utilisées conformément à leur objet, et ne pas obliger les directeurs d'établissements à choisir entre le remplissage de l'établissement et la réponse aux besoins des aidants.

III. LES PARTENAIRES DE TERRITOIRE CHARGES DE L'INFORMATION, DE LA COORDINATION ET DE L'ORIENTATION

A. Des lieux d'accueil et d'information dédiés aux personnes âgées : les acteurs de la coordination gérontologique

Trois acteurs de la coordination gérontologique à domicile sont présents sur le territoire MAIA :

- Les Centres Locaux d'Information et de Coordination
- Les Réseaux de santé gérontologiques
- Les gestionnaires de cas des dispositifs MAIA

1) Les Centres Locaux d'Information et de Coordination

Financés par le Conseil Général, les Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC) couvrent la totalité du département depuis le 1^{er} janvier 2015 et répondent aux demandes des personnes âgées de 60 ans et plus de leur territoire.

Les CLIC sont inscrits dans la loi n°2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie.

Ils interviennent pour une problématique médico-sociale.

Les différents niveaux d'intervention des CLIC sont précisés dans la circulaire du 18 mai 2001:

- **Niveau 1** : accueil, écoute, information, orientation et soutien aux familles + fédération des acteurs du territoire
- **Niveau 2** : niveau 1 + évaluation des besoins de la personne âgée avec élaboration d'un plan d'aide individualisé + actions collectives (groupes de parole, actions de formation et de prévention). Le suivi du plan d'aide n'est pas systématique.
- **Niveau 3** : niveau 1 + niveau 2 + mise en œuvre, suivi et adaptation du plan d'aide élaboré + aide à la constitution des dossiers de prise en charge

Tous les CLIC du département de la Vienne sont de niveau 3.

La file active des CLIC a été définie avec le Conseil Général.

Il existe 7 CLIC sur le département, avec des porteurs de nature différente :

- Le CLIC de Loudun (0,9 ETP de coordination), porté par le Conseil Général
- Le CLIC Lien de Vie (0,3 ETP de coordination), porté par l'association Lien de Vie (locaux mutualisés avec le réseau gérontologique de l'association)
- Le CLIC de Châtelleraut (1 ETP de coordination), porté par le CCAS de Châtelleraut (qui accueille également une infirmière du réseau gérontologique vallée du Clain, une gestionnaire de cas, la plate-forme de répit et qui porte un SAD et un SSIAD)
- Le CLIC (2 ETP) porté par la Mutualité de la Vienne (qui porte également une ESA, un SAD et un SSIAD)
- Le CLIC de Poitiers (0,7 ETP de coordination) porté par le GCS Réseau gérontologique Ville Hôpital du Grand Poitiers (locaux mutualisés avec le réseau gérontologique ville-hôpital du Grand Poitiers et une gestionnaire de cas)
- Le CLIC de Lusignan (2,10 ETP) porté par le réseau gérontologique du Val de Vonne (locaux mutualisés)
- Le CLIC de Montmorillon (1,50 ETP de coordination) porté par le réseau gérontologique du pays Montmorillonnais et Sud Vienne (locaux mutualisés)

Tout le département est couvert par un CLIC.

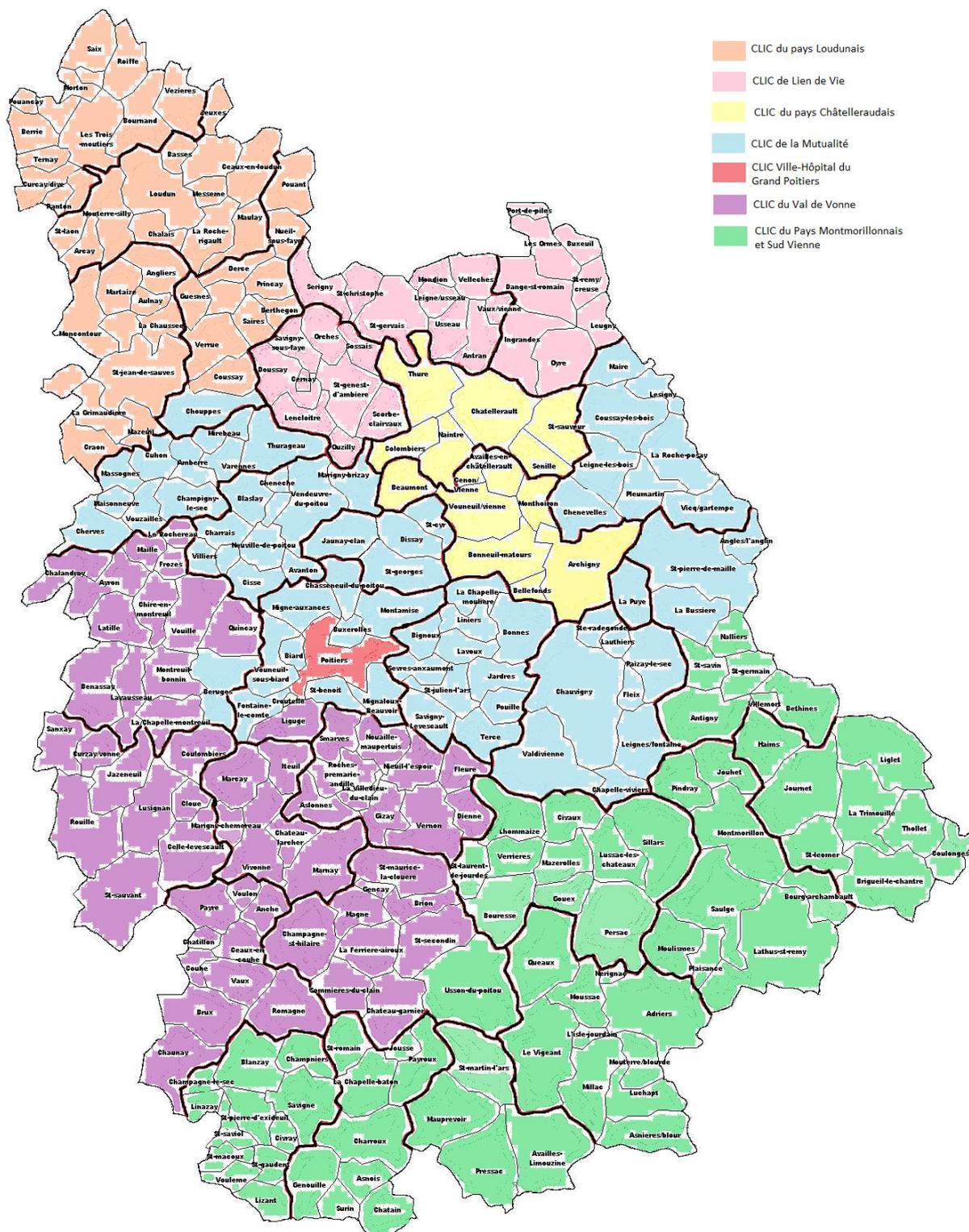
Les équipes sont constituées de travailleurs sociaux : assistantes sociales et conseillères en économie sociale et familiale.

Depuis octobre 2006, le Conseil Général a délégué aux CLIC les renouvellements des droits APA pour les personnes qu'ils accompagnent, excepté pour la zone géographique de Poitiers où le CLIC gère le renouvellement des droits APA pour les personnes suivies par le réseau gérontologique (les personnes suivies par le CLIC sont réévaluées par les évaluateurs du Conseil Général).

Le regroupement, au sein de même locaux, avec certains réseaux gérontologiques, permet également de mutualiser du temps de secrétariat.

Le territoire MAIA tel que découpé s'est attaché à respecter les contours des territoires d'intervention des CLIC.

Territoire des CLIC du département de la Vienne au 01.01.2015



Source : MAIA 86

2) Les réseaux de santé gérontologiques

Avec la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, les réseaux de santé font leur entrée dans le Code de la Santé Publique.

« Les réseaux de santé ont pour objectif de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines population, pathologies ou activités sanitaires... ».

La circulaire DHOS/O2/O3/UNCAM n° 2007-197 du 15 mai 2007, relative au référentiel national d'organisation des réseaux de santé personnes âgées définit la population cible et les missions des réseaux gérontologiques.

Ainsi, *« un réseau de santé « personnes âgées » s'adresse prioritairement à des personnes de soixante quinze ans et plus, vivant et souhaitant rester ou retourner à leur domicile et répondant aux situations suivantes :*

- des patients gériatriques « se caractérisant par la coexistence de plusieurs pathologies chroniques invalidantes à l'origine d'une dépendance physique et/ou psychique », rendant critique le maintien à domicile ou le retour à domicile dans les suites d'une hospitalisation ;

- des personnes se trouvant dans une situation de rupture socio-sanitaire nécessitant le recours à des aides venant à la fois du champ sanitaire et social ; cette situation de rupture peut provenir d'une absence ou d'une insuffisance « d'aidants » ou d'intervenants professionnels ou de difficultés rencontrées par ces derniers, d'une rupture du lien social ou de tout autre facteur qui contribue à rendre le maintien à domicile difficile ;

- des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée, les réseaux Alzheimer ayant vocation à évoluer vers des réseaux de santé « personnes âgées » ou à être intégrés dans un réseau de santé « personnes âgées ».

L'accès aux services d'un réseau « personnes âgées » peut être ouvert par dérogation à des personnes de moins de soixante quinze ans dès lors que la situation le nécessite. »

Un réseau gérontologique permet aux personnes concernées de bénéficier d'une prise en charge correspondant le mieux à leurs besoins de santé et médico-sociaux.

Le réseau coordonne les intervenants sanitaires et sociaux (professionnels libéraux, professionnels des établissements de santé, des établissements et services médico-sociaux) afin d'optimiser :

- le maintien à domicile*
- l'accès à une structure de soins si nécessaire*
- le retour à domicile*

A cet égard, il ne se substitue pas à l'offre de soins existante. Il vise à en améliorer l'efficacité et contribue à optimiser la réponse aux besoins sanitaires et sociaux des personnes concernées.¹¹

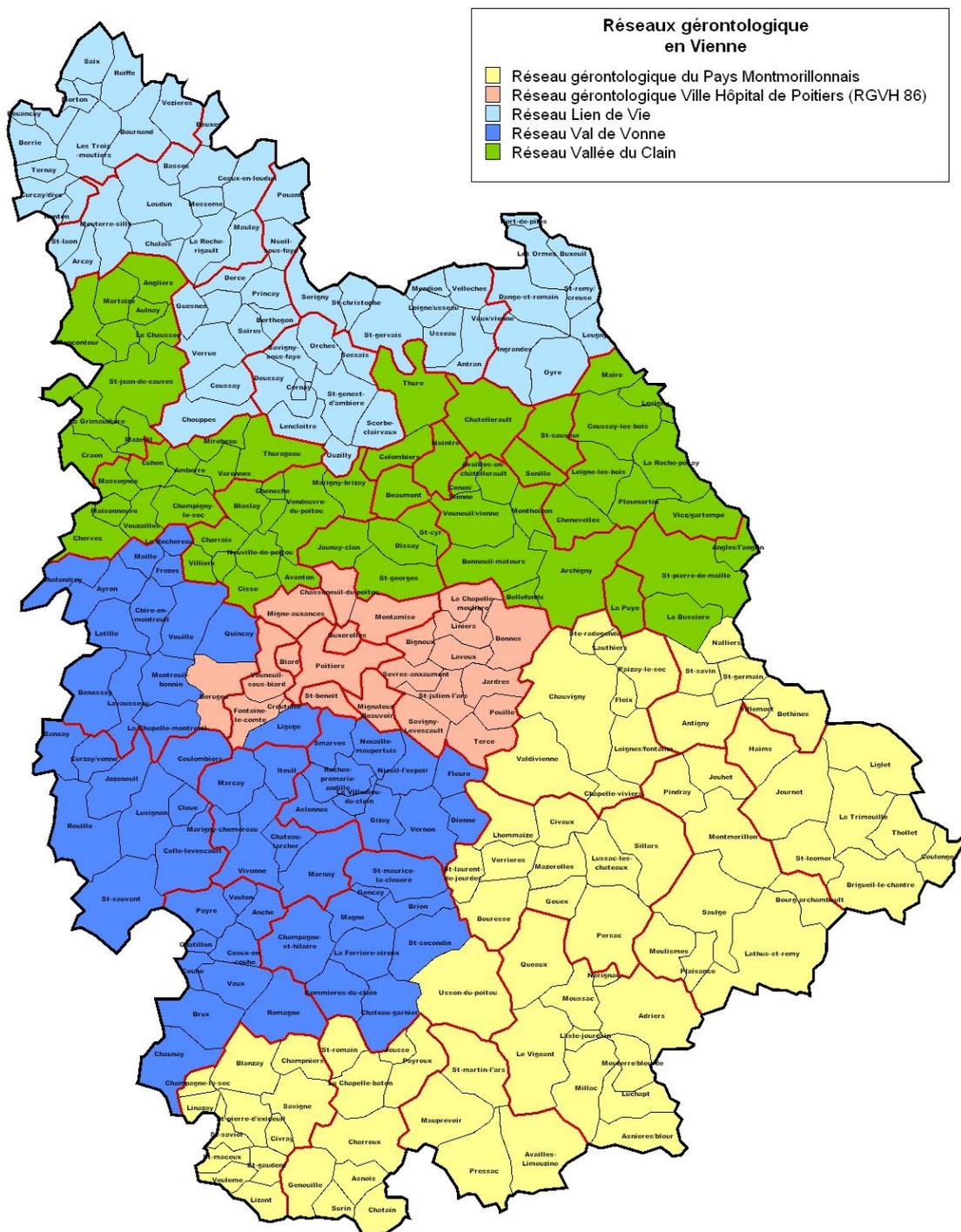
L'Agence Régionale de Santé finance les réseaux de santé de la région. Concernant les réseaux gérontologiques, 5 réseaux s'étendent sur le département de la Vienne.

- Le Réseau gérontologique Lien de Vie porté par l'association Lien de Vie (associatif)
- Le Réseau gérontologique Vallée du Clain, associatif
- Le Réseau gérontologique Ville-Hôpital du Grand Poitiers, porté par le GCS Itinéraire Santé
- Le Réseau gérontologique du pays Montmorillonnais, associatif
- Le Réseau gérontologique du Val de Vonne, associatif

Au 31 décembre 2014, le département est totalement couvert de manière effective.

¹¹ Circulaire DHOS/O2/O3/UNCAM n° 2007-197 du 15 mai 2007, relative au référentiel national d'organisation des réseaux de santé personnes âgées

Couverture du département par les réseaux gérontologiques au 22.05.2014



Source : ARS Poitou-Charentes
 COSA

Les réseaux gérontologiques assurent le repérage des personnes âgées, effectuent des visites à domicile afin d'évaluer les besoins multidimensionnels de la personne et établir un Plan Personnalisé de Santé (PPS) individualisé et révisable en fonction de l'évolution de la situation, en lien avec les intervenants et le médecin traitant.

Une équipe pluridisciplinaire est ainsi nécessaire pour apporter une réponse sanitaire, médico-sociale mais aussi sociale aux personnes âgées accompagnées. Des ruptures socio-sanitaires sont très fréquemment repérées et à l'origine de problématiques supplémentaires sur le plan médical.

Des mises à disposition de psychologue et de diététicienne permettent également aux réseaux de répondre à des besoins ponctuels et d'amener les personnes, en fonction de leurs possibilités, à se diriger vers des professionnels libéraux.

Le rôle de coordination des réseaux leur permet de centraliser les évaluations réalisées et les informations détenues par les autres professionnels intervenant auprès de la personne pour avoir une vue globale de la situation. Le professionnel du réseau se positionne comme un référent de la situation pour la personne, mais aussi pour les autres professionnels, en leur transmettant les informations nécessaires à leur accompagnement.

Les réseaux ont d'ailleurs un rôle d'appui auprès des professionnels de premier recours pour la résolution des situations complexes. La circulaire précise également que les réseaux peuvent organiser, dans le cadre de leur mission de soutien aux aidants professionnels, des actions de formation et de groupes de paroles à leur intention.

La guide méthodologique de la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS), paru en octobre 2012 et intitulé « Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé », insiste sur ce rôle d'appui aux médecins généralistes et aux professionnels de premier recours dans la prise en charge des situations complexes, notamment dans les aspects médico-sociaux.

La loi place le médecin généraliste de premier recours au centre de la coordination des soins, en lui confiant la responsabilité « d'orienter ses patients, selon leurs besoins » et de « s'assurer de la coordination des soins nécessaire à ses patients » (article L.4130-1 du code de la santé publique).

En conséquence, dans l'organisation de l'offre de soins, il convient de favoriser le portage de cette fonction par le médecin généraliste de premier recours lui-même et plus largement, par les équipes de premier recours. Mais pour les patients en situation complexe appelant un recours à une diversité d'intervenants dans les différents champs (sanitaire, social et médico-social) le médecin généraliste de premier recours peut avoir besoin d'un appui lui permettant de gagner du temps, de mieux évaluer la situation et de mobiliser l'ensemble des ressources nécessaires afin de garantir un parcours efficient (maintien au domicile, anticipation des hospitalisations, sortie d'hospitalisation dans les meilleures conditions). Ce besoin a été identifié dans le cas de la prise en charge des personnes âgées par le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance-Maladie (HCAAM) qui juge nécessaire de mettre à disposition du médecin généraliste de premier recours un « appui fonctionnel ».

Depuis l'année 2012, un travail s'est engagé avec l'ensemble des réseaux gérontologiques du département afin d'harmoniser les pratiques et d'utiliser des outils communs. De même, un système d'information commun se déploie sur le département et la région, afin de faciliter et sécuriser les échanges relatifs à un accompagnement coordonné des patients. l'outil Web DCR (Dossier de Coordination des Réseaux). Mais les CLIC ne sont pas encore associés à la démarche.

3) Les gestionnaires de cas des dispositifs MAIA (Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aides et de soins dans le champ de l'Autonomie)

La circulaire interministérielle DGCS/DGOS/2012/06 du 10 janvier 2012, relative à la mise en œuvre de la mesure 4 du Plan Alzheimer sur le déploiement des MAIA, précise l'organisation et les missions de ce dispositif.

Un premier dispositif MAIA s'est déployé sur le département en juin 2012 sur le nord du département. Porté par le GCS Itinéraire Santé, il couvre 25 cantons et la moitié d'un canton. Trois gestionnaires de cas interviennent sur le territoire MAIA Nord.

Un deuxième dispositif, également porté par le GCS Itinéraire Santé, s'est déployé sur le sud de la Vienne depuis septembre 2013. Il couvre 14 cantons et la moitié d'un canton. Deux gestionnaires de cas couvrent ce territoire.

Les dispositifs MAIA se décomposent en deux volets : le guichet intégré et la gestion de cas.

Le guichet intégré : son objectif est de permettre à l'ensemble des acteurs d'améliorer leur connaissance des ressources du territoire afin de faciliter l'orientation de la personne âgée en perte d'autonomie. Il s'agit donc d'un espace d'échanges et de concertation entre acteurs intervenant sur le parcours de vie de la personne âgée afin de travailler ensemble à sa simplification et son efficience, en :

- **identifiant les missions de chacun** (ex : référentiel d'intervention et annuaire)
- **travaillant ensemble à l'harmonisation des pratiques** (ex : feuille d'accueil et d'orientation unique pour les acteurs de la coordination gérontologique)
- **travaillant ensemble aux manques et doublons du territoire et les solutions pouvant y être apportées** (ex: diagnostic de territoire, groupes de travail)

Cette méthode de travail est formalisée par deux instances de concertation composée par les représentants des acteurs du territoire des champs sanitaire, médico-social et social.

Ainsi, la table stratégique fixe les grandes orientations du dispositif MAIA et s'assure de l'effectivité de son déploiement. La table tactique quant à elle, analyse les parcours de santé des personnes accompagnées en gestion de cas, propose des axes de réflexion et travaille à l'amélioration du parcours.

Les gestionnaires de cas (nom provenant de l'anglais « case manager ») accompagnent les personnes de 60 ans et plus, qui se trouvent en perte d'autonomie et **en situation complexe et chronophage**. Ils réalisent une évaluation globale des besoins de la personne (sanitaire, médico-social, social, environnemental, familial, financier...) et vont proposer un plan d'aide et d'accompagnement répondant à tous les besoins de la personne.

Ces nouveaux acteurs de la coordination pour les situations chronophages identifient les difficultés à répondre aux besoins de la personne et les font remonter au pilote du dispositif MAIA. Cela permet d'objectiver les manques et besoins du territoire afin d'alimenter la réflexion du guichet intégré.

C'est la raison même de l'implantation de la gestion de cas avec cette mission qui leur est spécifiquement dévolue, que n'ont pas les autres acteurs de la coordination gérontologique.

Les gestionnaires de cas ont une file active de 40 situations, les professionnels des réseaux gérontologiques environ 150. Cela leur permet un accompagnement plus rapproché et intensif, comme l'exige ces situations. Le choix a été fait de travailler avec les acteurs déjà en place de manière intégrative en positionnant les gestionnaires de cas dans les équipes des CLIC et réseaux

géronologiques existants. Ainsi, le gestionnaire de cas est au plus près des territoires et des acteurs du parcours de santé.

Les CLIC et les réseaux gérontologiques du territoire ont été définis comme porte d'entrée à la gestion de cas. Cela signifie que toutes les situations sont orientées aux CLIC et réseaux gérontologiques et ce sont eux ensuite, qui jugent de la réponse à apporter : accompagnement CLIC, réseau ou en gestion de cas.

Le filtrage et l'orientation se fait grâce à une grille d'orientation commune à tous les acteurs de la coordination gérontologique du département. Ainsi, chacun a les mêmes éléments et les mêmes critères de complexité et de fragilité permettant l'orientation vers le bon acteur.

Lors du déploiement du dispositif MAIA Nord Vienne en 2012, la gestion de cas était positionnée sur l'accompagnement des malades Alzheimer ou maladies apparentées, afin de s'articuler avec les acteurs déjà existants.

Or, le cahier des charges des dispositifs MAIA prévoit que la gestion de cas accompagne toutes les personnes de 60 ans et plus en perte d'autonomie et en situation complexe.

L'Equipe Projet Nationale (EPN), qui accompagne le déploiement des dispositifs MAIA au niveau national, souhaite aujourd'hui une harmonisation des critères d'accès à la gestion de cas afin d'obtenir des dispositifs de coordination homogènes sur le territoire national et pouvoir mener une évaluation de la plus-value apportée par la gestion de cas.

L'EPN a ainsi travaillé à des critères nationaux qui ont été expérimentés sur la fin d'année 2014 avant une généralisation en 2015. Le dispositif MAIA Nord Vienne a été site expérimental pour ces nouveaux critères afin de contribuer à la validation de ces nouveaux critères et notamment dans le cadre de notre organisation territoriale spécifique que constitue une porte d'entrée CLIC-réseaux gérontologiques à la gestion de cas.

L'expérimentation, a clairement montré que les critères discriminants pour l'orientation en gestion de cas portaient sur l'autonomie décisionnelle de la personne et sur la capacité de la personne ressource à coordonner les aides. Lorsque ces deux critères sont réunis, la situation sera très probablement accompagnée en gestion de cas, même si l'orientation est toujours soumise à l'appréciation des professionnels.

Articulation des dispositifs MAIA avec les réseaux et CLIC du département au 01-01-2015



Source : MAIA 86

4) Discussion

Les professionnels des CLIC et des réseaux pointent des demandes qui vont au-delà de leurs missions, notamment tout ce qui concerne un accompagnement social et administratif des personnes âgées : aide à la constitution de dossiers pour une complémentaire santé, de demande de pension de réversion, d'Allocation de Solidarité aux Personnes Agées, pour la MDPH, d'aides financières...

Les acteurs se retrouvent également parfois confrontés aux difficultés que rencontrent l'hôpital ou les EHPAD pour organiser des sorties. Les acteurs de la coordination gérontologique sont ainsi sollicités pour leur connaissance des aides possibles au domicile et leurs conseils sont précieux pour garantir un retour à domicile durable.

Les échanges entre les acteurs de la coordination gérontologique se multipliant, les réunions d'échanges autour de situation, les regards croisés entre professionnels sociaux et sanitaires favorisent un accompagnement global de la personne et lèvent les difficultés que peuvent parfois rencontrer les professionnels isolés sur certains volets d'accompagnement.

La pluridisciplinarité est d'autant plus nécessaire pour accompagner les situations complexes et ces appuis doivent être poursuivis et formalisés entre les acteurs de la coordination gérontologique.

L'ARS a travaillé à l'extension des territoires des réseaux existants afin de couvrir tout le département de manière effective à la fin d'année 2014.

Le Conseil Général a également étendu le CLIC Lien de Vie sur le canton de Dangé St Romain le 1^{er} janvier 2015, qui était le seul canton à n'être pas couvert.

Ainsi le département de la Vienne est entièrement couvert par les acteurs de la coordination gérontologique permettant ainsi d'apporter une réponse à l'usager quel que soit son lieu d'habitation.

Tous les professionnels de la coordination relaient les difficultés exprimées par les acteurs du territoire et notamment les professionnels de santé libéraux, ainsi que les familles concernant la complexité de se repérer dans le « maquis » des dispositifs de coordination : découpage des territoires aléatoire, absence de corrélation entre les territoires des CLIC et des réseaux sur certains secteurs, multiplicité des acteurs...

Dans un souci de lisibilité et de meilleure compréhension pour tous, il pourrait être envisagé la création d'une plateforme départementale de coordination gérontologique avec un numéro unique et des antennes locales permettant la proximité avec les usagers et les professionnels.

L'objectif serait qu'il n'y ait plus de distinction d'acteurs pour l'accompagnement gérontologique mais une reconnaissance d'équipes de coordination pluridisciplinaires, capables d'accompagner un usager à tous les stades de complexité de sa situation. L'idée d'articulation des dispositifs de coordination se prolonge au profit d'une intégration sur le territoire.

Ainsi ce qui est recherché c'est d'éviter l'effet « mille-feuilles » que peuvent faire remonter les acteurs de territoire.

Le parcours de santé de la personne âgée doit se réfléchir en anticipant sur ses besoins et en distinguant différents profils. Les besoins en coordination des situations vont se différencier selon les ressources et les compétences humaines qu'elles vont mobiliser dans le temps. La complexité ne s'apprécie donc pas uniquement aux pathologies et incapacités exprimées mais à une complexité globale de la situation, correspondant à la définition de la santé par l'Organisation Mondiale de la Santé : « *la santé est un état complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité* ».

L'accompagnement de ces situations doit se réfléchir dans la graduation de la complexité et des réponses à apporter et non dans la graduation des acteurs, afin de permettre une meilleure fluidité du parcours.

La fluidité du parcours de la personne âgée se travaille aussi entre acteurs de territoire. Dans certaines situations, les acteurs de la coordination gérontologique sont interpellés tardivement et après le déplacement à domicile d'autres acteurs.

Ainsi, les personnes âgées peuvent parfois refuser d'ouvrir la porte à cet énième interlocuteur. Les familles ont du mal à accepter les multiples venues à leur domicile, de personnes à chaque fois différentes. Le sentiment de toujours répéter les mêmes informations et d'être morcelé entre tous les intervenants, n'aide pas à la construction d'une relation de confiance et à l'identification d'un professionnel référent vers qui s'adresser en cas de besoin.

Les acteurs de la coordination gérontologique se sont accordés pour identifier les CLIC comme porte d'entrée à la coordination : c'est le message qui est porté au niveau départemental auprès de tous les acteurs, professionnels ou grand public. C'est ensuite le CLIC qui oriente si nécessaire vers le réseau gérontologique ou la gestion de cas.

5) Un outil informatisé de suivi des situations : l'outil Web DCR

Le Réseau gérontologique Ville-Hôpital du Grand Poitiers a initié, dès 2003, une réflexion sur la mise en place d'un dossier patient unifié. A l'origine, il ne devait concerner que les réseaux gérontologiques du département puis les autres réseaux de santé ont été inclus. Le projet a également pris une dimension régionale.

Pour porter le projet et recueillir les fonds nécessaires à son lancement, une association a été créée en 2009 : la Fédération des réseaux de santé du Poitou-Charentes aujourd'hui FREMAPOSE. Tous les réseaux gérontologiques du département y participent et les MAIA de la région. Cette fédération a pour objet « la mutualisation des ressources et des moyens, afin de faciliter et d'améliorer la réalisation des missions des Réseaux généralistes ou thématiques du Poitou-Charentes ».

Depuis, l'ARS Poitou-Charentes finance la construction de ce système d'information régional : le DPUR (Dossier Personnel Unifié des Réseaux) porté par le GCS Esanté.

Cet outil s'appuie sur la messagerie sécurisée, du GCS ESanté, pour échanger avec les professionnels de santé et les professionnels sociaux sur les situations accompagnées, ainsi que la constitution d'un dossier usager informatisé.

L'objectif est de permettre la coordination du parcours de santé des patients en situation socio-sanitaire complexe en proposant un accompagnement sur les plans sanitaire, social et médico-social en gérontologie. Cet outil vise à faciliter le partage et la fluidité de l'information entre les différents acteurs impliqués autour de la personne. D'autant que ce dossier informatisé est adaptable à tout type de coordination : réseau de santé, MAIA mais aussi HAD ou Maisons et Pôles de Santé.

Il permet de garder un seul et même dossier et de l'enrichir, même quand la situation est transférée à un autre dispositif suite à son évolution. Par ailleurs, le DPUR est compatible avec le Dossier Médical Personnel (DMP) et vise à enrichir ce dernier.

La plateforme E-santé dispose de plusieurs fonctionnalités :

- Pour le suivi et la coordination des situations :

- Gestion d'annuaires : professionnels & structures (intégrés à l'ENRS du GCS ESanté)
- Gestion des dossiers usager (avec correspondant, agenda, notes, post-it)
- Gestion des Signalements, Inclusions & Sorties (E/S patient et file active)
- Gestion de documents et éditions des documents de suivi
 - Médical : Antécédents, hospitalisations, tests divers, CR de VAD Sanitaire, CR de Suivi (Psychologue, Diététicienne, Ergothérapeute)
 - Médoco-Social : Intervenants, Aides techniques, Réunion d'équipe, CR de concertation
 - Social : Mesure de protection, APA, logement...
- Gestion d'actions de suivi : Appels, Entretiens, Réunions de concertation, Visites de Suivi, Suivi (assistante sociale, psychologue, diététicienne, ergothérapeute. ...)
- Visualisation synthétique, génération PPS (Plan d'aide / Plan d'intervention)
- Edition de statistiques

- Pour l'échange d'informations :

- Envoi de documents par la messagerie sécurisée

- Pour faciliter des accès ciblés aux dossiers (personnes extérieures aux dispositifs de coordination) :

- Consultation possible des dossiers selon des profils d'utilisateurs
 - L'accessibilité à chaque dossier est définie par le réseau pour chaque personne extérieure
 - Le profil d'accès limite les données visibles selon le métier de chaque personne extérieure
- Remontée de données possible vers le DMP

Tous les réseaux gérontologiques utilisent depuis le 1^{er} janvier 2013 cet outil, qui est toujours en cours de construction et ouvert à des évolutions. Un groupe de travail, composé de représentants des réseaux gérontologiques et des pilotes des MAIA, travaille à sa constante amélioration et praticité.

Les gestionnaires de cas, utilisent lors de l'accompagnement de leurs situations, un outil défini au niveau national pour recenser les besoins de la personne et analyser ses besoins non comblés : le Plan de Services Individualisé. C'est un outil différent du PPS utilisé par les Réseaux gérontologiques dans sa logique d'analyse du territoire. Il a été travaillé en 2014 l'informatisation de cet outil et son intégration à Web DCR afin que les gestionnaires de cas aient tous les outils sur un même support informatique.

Il serait également idéal que les CLIC puissent intégrer cette démarche afin d'avoir une continuité de l'accompagnement et des dossiers.

B. Les autres lieux d'accueil et d'information

1) Les Maisons Départementales des Solidarités (MDS)

(Article L123-2 du code de l'action sociale et des familles).

L'action sociale du Département propose des conseils et des interventions de proximité grâce à un réseau de 9 Maisons Départementales de Solidarité (MDS), ouvertes au public, réparties dans la Vienne.

Les MDS accompagnent toutes les personnes en difficulté.

Leur mission générale est d'aider les personnes en difficulté à retrouver ou à développer leur autonomie de vie.

Le service départemental d'action social assume cinq grandes missions :

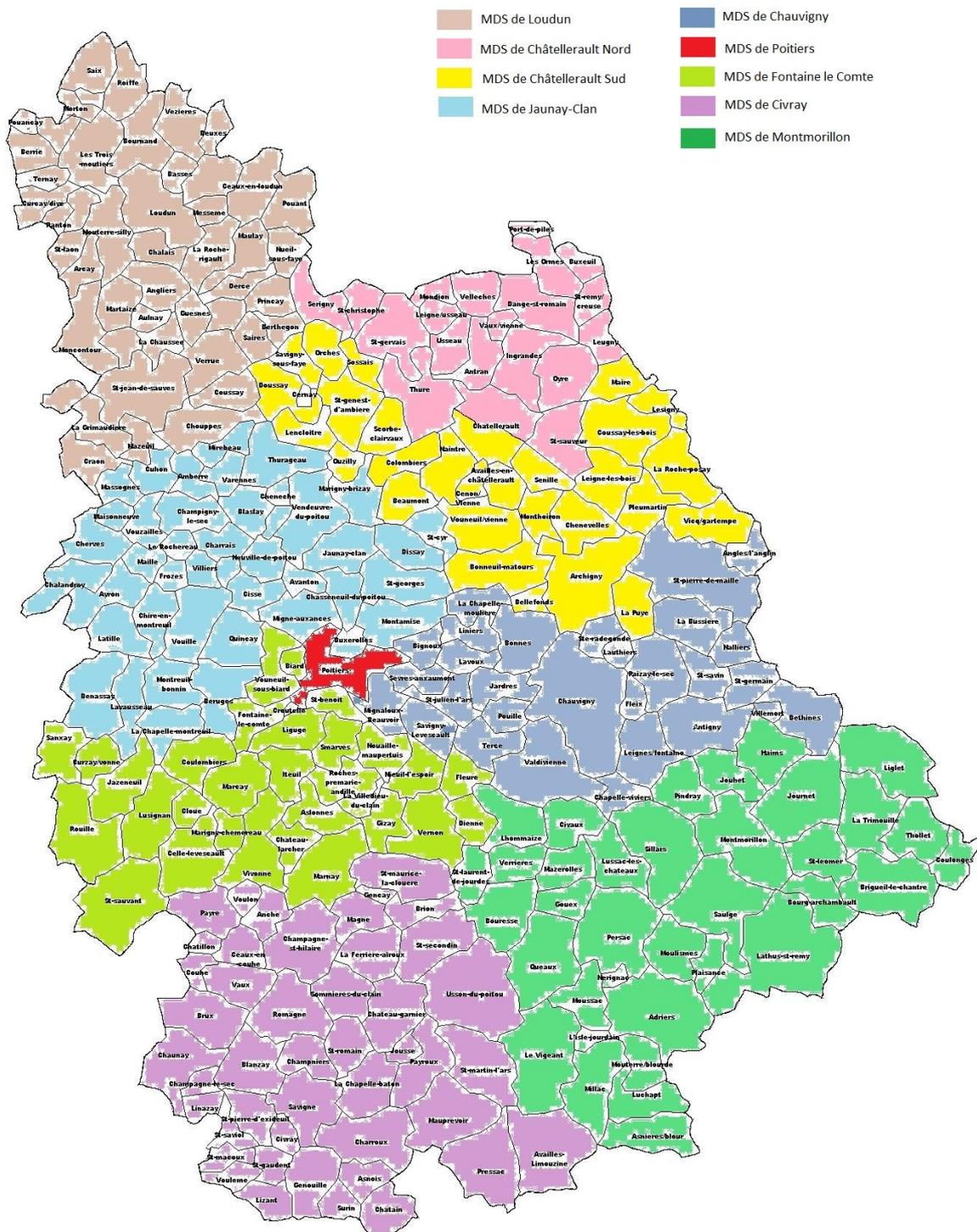
- l'accueil, l'orientation et l'accompagnement des publics en difficultés
- la prévention et la protection de l'enfance
- l'insertion sociale et professionnelle des bénéficiaires du RSA
- la prévention des expulsions locatives
- l'accompagnement des majeurs vulnérables

La mesure d'accompagnement social personnalisé (MASP) est destinée à toute personne majeure qui perçoit des prestations sociales et dont la santé ou la sécurité est menacée par les difficultés qu'elle éprouve à gérer ses ressources. Elle vise le rétablissement d'une gestion autonome des ressources de la personne en lui apportant un soutien budgétaire et social et prend la forme d'un contrat.

Concernant **la prise en charge des personnes âgées et handicapées**, les travailleurs sociaux et médico-sociaux des MDS sont là pour orienter les personnes vers les structures compétentes.

Ils sont également compétents pour traiter les problématiques financières non liées à une problématique médico-sociale : impayés d'énergie, dossier de surendettement, aide alimentaire...

Carte départementale des MDS dans la Vienne



2) Les Centres Communaux d'Action Sociale

Chaque mairie dispose d'un Centre Communal d'Action Sociale (CCAS). Les services proposés varient selon les structures. Seuls les CCAS des plus grosses communes sont en mesure d'offrir une palette diversifiée de services pour la population.

Des prestations directes à la personne sont offertes aux personnes âgées : goûter ou colis de Noël, accompagnement aux courses ou aux rendez-vous médicaux...

Les CCAS du département n'ont pas de délégation pour l'ouverture des droits APA.

Aucun CCAS sur le territoire MAIA Sud n'est porteur d'un SAD ou d'un SSIAD.

IV. LES PRESTATIONS PARTICULIERES AUX PERSONNES AGEES ET AUX AIDANTS

A. Les aides financières pour les personnes âgées

1) L'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)¹²

1.1 L'APA à domicile

Cette aide financière est définie dans le Code de l'Action Sociale et des Familles (articles L232-1 à L232-28) :

« L'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) est une aide destinée à répondre aux besoins des personnes âgées, nonobstant les soins qu'elles sont susceptibles de recevoir, pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou dont l'état nécessite une surveillance régulière ».

Cette aide est accordée aux personnes de 60 ans et plus résidant sur le département.

Le demandeur doit se trouver dans l'incapacité d'assumer les conséquences du manque ou de la perte d'autonomie liées à son état physique ou mental.

Un dossier de demande doit être constitué. Il doit notamment comporter la photocopie du dernier avis d'imposition sur le revenu du demandeur et de son conjoint ainsi que la photocopie de la taxe foncière. En effet, les revenus du couple ne sont pas une condition d'octroi de l'aide mais influent sur le montant de la participation du Conseil Général. D'autre part, les revenus vont déterminer la prise en charge ou non des aides techniques (ex : protections).

Le Conseil Général de la Vienne demande en plus une déclaration sur l'honneur des biens mobiliers et d'épargne du couple, bien que l'APA ne soit pas récupérable sur la succession.

En cas de dossier incomplet, le Conseil Général a dix jours pour faire connaître au demandeur les pièces manquantes.

Le Conseil Général dispose d'un délai de deux mois, à compter du dépôt du dossier complet, pour notifier au bénéficiaire sa décision.

Durant ce délai, une visite d'évaluation à domicile est réalisée par l'Equipe Médico-Sociale pour évaluer la perte d'autonomie du demandeur.

L'autonomie du demandeur est appréciée à l'aide de la grille AGGIR (Autonomie Gérontologique Groupes Iso Ressources) qui permet de distinguer six niveaux d'autonomie. Le droit à l'APA est ouvert aux personnes classées dans les groupes 4 à 1 et qui correspondent à :

¹² Règlement Départemental d'Aide Sociale pour les personnes âgées et les personnes handicapées, DGAS, Conseil Général de la Vienne, juin 2013

- le groupe iso-ressources 1 correspond aux personnes âgées confinées au lit ou au fauteuil et dont les fonctions intellectuelles sont gravement altérées qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants,
- le groupe iso-ressources 2 comprend deux groupes de personnes âgées :
 - celles qui sont confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions intellectuelles ne sont pas totalement altérées et qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante,
 - celles dont les fonctions mentales sont altérées mais qui ont conservé leur capacité de se déplacer.
- le groupe iso-ressources 3 correspond aux personnes âgées ayant conservé leurs fonctions intellectuelles, partiellement leur capacité à se déplacer mais qui nécessitent plusieurs fois par jour des aides pour leur autonomie corporelle. De plus, la majorité d'entre elles n'assure pas seule l'hygiène de l'élimination tant anale qu'urinaire,
- le groupe iso-ressources 4 comprend essentiellement deux groupes de personnes :
 - celles qui n'assument pas seules leur transfert mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement. Elles doivent parfois être aidées pour la toilette et l'habillage. La grande majorité d'entre elles s'alimente seule,
 - celles qui n'ont pas de problème pour se déplacer mais qu'il faut aider pour les activités corporelles ainsi que les repas.

La commission- équipe médico-sociale établit un plan d'aide individualisé dont une proposition doit être adressée au demandeur dans un délai de 30 jours, en lui indiquant le montant de sa participation financière.

Celui-ci a alors dix jours pour présenter des observations et/ou modifications. Une proposition définitive lui est alors présentée dans les huit jours.

Le plan d'aide de l'APA est élaboré en fonction des besoins du demandeur et de son environnement : aides techniques, aides humaines et aide au répit. Peuvent ainsi être pris en charge :

- l'aide à la personne (toilette, habillage, aide aux repas...)
- la téléassistance (forfait de 34€/ mois maximum)
- le portage de repas (prise en charge de 15 repas/ mois maximum et au maximum 5,48€ par repas)
- les protections
- l'accueil de jour (prise en charge d'un maximum de 3 jours/ semaine, et au maximum 25€/ jour en fonction du GIR et des ressources)
- l'hébergement temporaire (prise en charge d'un maximum de 90jours/an, et au maximum 30€/ jour en fonction du GIR et des ressources)
- l'abonnement à une garde itinérante de nuit dans certaines conditions (sorties d'hospitalisation, absence d'aidants, situation de fin de vie...)
- un forfait permettant de rester à domicile pour pallier de manière temporaire l'absence d'aidant (forfait de 1000€/ an maximum)

Selon le GIR du demandeur, un montant maximum de droits est défini. Ainsi, la prise en charge de l'hébergement temporaire se fera au détriment de certaines heures d'aide à la personne par exemple.

Il faut donc bien identifier les besoins de la personne lors de la constitution du dossier.

De même, en cas de prise en charge par un SSIAD pour l'aide à la toilette et l'habillage, il en est tenu compte pour l'élaboration du plan d'aide.

En cas d'intervention de l'HAD au domicile du demandeur, l'APA est modulée. L'aide à la personne revient entièrement à l'HAD (aide à la toilette, aide aux déplacements, transferts et soins). L'APA est

maintenue pour l'aide au repas, le ménage et les courses. Le Conseil Général doit être averti de la mise en place de l'HAD pour modifier le plan d'aide.

Ainsi, depuis le 1^{er} avril 2014, les droits ouverts sont plafonnés à :

- 1312,67€ / mois pour les personnes en GIR 1
- 1125,14€/ mois pour les personnes en GIR 2
- 843,86€/ mois pour les personnes en GIR 3
- 562,57€ pour les personnes en GIR 4

De manière générale, l'ouverture des droits se fait pour une durée de trois ans, sauf si la perte d'autonomie est temporaire. Elle peut aussi être révisée à tout moment à la demande de l'intéressé ou à l'initiative du Président du Conseil Général si des éléments nouveaux modifient la situation du bénéficiaire (dégradation de la situation médico-sociale, décès du conjoint...).

La problématique de la révision est qu'elle entraîne un nouveau délai d'instruction de deux mois. Durant cette période, si la personne a des besoins plus importants, elle devra financer les prestations à taux plein, ce qui peut poser problème en cas de contexte économique fragile.

Quant aux renouvellements des dossiers APA, ils sont confiés aux professionnels des CLIC.

Le bénéficiaire de l'APA peut choisir un emploi direct à domicile, un service mandataire ou un service prestataire.

Dix services d'aide à domicile sont conventionnés par le Conseil Général :

- Les services ADMR sur l'ensemble du département
- L'APEF (antennes de Gençay et Poitiers)
- La Mutualité de la Vienne
- L'ADAPA à Chauvigny
- L'UNA à Availles-Limouzine
- Les cinq CCAS du département disposant d'un service d'aide à domicile : Bonnes, St Benoît, Buxerolles, Poitiers et Châtelleraut

Dans ce cas, le bénéficiaire règle uniquement sa participation financière déterminée dans le plan d'aide APA. Si le bénéficiaire choisit un autre service non conventionné, un surcoût peut s'appliquer puisque le tarif n'est pas fixé par le Conseil Général.

Le tarif arrêté par le Conseil Général pour une heure d'aide APA varie selon les services. Il est cependant inférieur aux coûts engendrés pour le service mais cela n'est pas spécifique au département de la Vienne. Certains services d'aide à domicile expriment des difficultés pour garantir un équilibre budgétaire.

Au 30 juin 2014, 4 791 bénéficiaires vivant à domicile sont recensés pour le département (soit 4,5% des personnes de 60 ans et plus), dont :

- 101 personnes en GIR 1
- 651 personnes en GIR 2
- 933 personnes en GIR 3
- 3 016 personnes en GIR 4

1 794 bénéficiaires de l'APA sont recensés dans les cantons formant le territoire MAIA Sud (canton de St Savin intégralement compris). Ils représentent 36,1% des bénéficiaires à domicile du département et 4,94% des 60 ans et plus du territoire MAIA.

Cantons	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	Total
Availles-Limouzine	1	7	14	48	70
Charroux	0	3	17	45	65
Chauvigny	3	21	34	96	154
Civray	2	24	17	83	126
Couhé	5	19	24	69	117
Gençay	3	17	31	133	184
La Trimouille	1	10	11	37	59
La Villedieu du Clain	2	27	25	74	128
L'Isle-Jourdain	0	14	15	92	121
Lusignan	5	17	32	105	159
Lussac-les-Châteaux	0	17	31	89	137
Montmorillon	3	10	27	92	132
Saint-Savin	1	8	17	41	67
Vivonne	2	12	14	58	86
Vouillé	4	24	32	129	189
Total	32	230	341	1191	1794

NB : Le canton de St Savin est partagé entre les territoires des dispositifs MAIA Nord et Sud Vienne.

Sur l'année 2013 et pour le département, 1 341 673 heures ont été préconisées dans les plans d'aide, ce qui fait une légère baisse par rapport à 2012 (1 404 067 heures préconisées en 2012).

1 024 350 heures ont été réellement payées (76%).

(Source : DGAS, Conseil Général de la Vienne).

1.2 L'APA d'urgence

Il s'agit d'un dispositif prévu spécifiquement pour accélérer le délai d'instruction des demandes d'APA dans certaines situations :

- Une aggravation brutale et récente de la dépendance de la personne âgée
- Un changement brutal de la situation familiale de la personne âgée qui nécessite l'intervention immédiate d'un tiers (entrée en établissement ou hospitalisation ou décès du conjoint)

De plus, le demandeur ne doit avoir aucune aide en cours : Majoration Tierce Personne, Allocation Compensatrice de Tierce Personne, Prestation Compensatoire du Handicap, heures d'aide ménagère prises en charge par une mutuelle, heures d'aide ménagère prises en charge par une caisse de retraite, un SSIAD, prise en charge par un service d'Hospitalisation A Domicile.

Ces conditions, définies dans le Règlement Départemental d'Aide Sociale, ne permettent pas à beaucoup de demandeurs de bénéficier de l'APA en urgence. Ce constat est similaire sur d'autres départements de la Région.

Néanmoins, quand les conditions sont réunies, les personnes âgées doivent s'adresser aux services à domicile prestataires conventionnés avec le Département qui sont chargés, après une évaluation de la situation, de faire la demande d'APA en urgence auprès du département.

Dans un délai maximum de 10 jours, le département délivre, sur la base de l'évaluation du service et du certificat médical du médecin traitant de la personne, l'APA en urgence. Un plan d'aide comprenant des heures d'intervention auprès du demandeur est attribué.

Le plan d'aide est accordé pour deux mois, avec le cas échéant une participation à la charge du demandeur compte tenu de ses ressources. Après la notification de l'APA d'urgence, le département adresse à l'usager un dossier d'APA classique qui doit être complété au plus vite. Ce sont ensuite les modalités d'évaluation et d'attribution de l'APA classique qui s'appliquent.

Pour l'année 2013 et pour le département, 57 demandes d'APA en urgence ont été formulées, donnant lieu à 41 attributions. Le délai d'attribution était de 5 jours.

44% des dossiers d'APA d'urgence ont débouché sur une demande d'APA classique.

(*Source : DGAS, Conseil Général de la Vienne*).

1.3. Discussion

La constitution des dossiers de demande d'APA peut se révéler difficile pour certaines personnes ayant des difficultés avec la gestion administrative. Les dossiers d'APA peuvent être constitués par des professionnels de la coordination lorsque les demandeurs relèvent de ces dispositifs. Mais les personnes isolées ou ne relevant pas de ces dispositifs peuvent se retrouver en difficulté pour effectuer leur demande.

Certains acteurs du territoire font remonter leurs difficultés à solliciter une APA d'urgence. A titre d'exemple le CCAS de Poitiers n'a réalisé aucune prestation dans le cadre de ce dispositif depuis mars 2012 (sur le territoire MAIA Nord).

L'évaluation de la perte d'autonomie est réalisée par des personnes extérieures à l'accompagnement de la situation. Bien souvent, si ces personnes sont accompagnées par des acteurs de la coordination, le professionnel référent prend contact avec l'évaluateur pour lui transmettre des éléments sur la situation, voire réaliser la visite avec lui lorsque cela est nécessaire.

Dès lors, il serait souhaitable que la collaboration entre les évaluateurs de l'EMS et les professionnels des CLIC et des réseaux gérontologiques soit resserrée et formalisée. Les professionnels des CLIC et des réseaux gérontologiques connaissent précisément la situation et ont l'occasion de percevoir, à travers leurs différentes visites, les besoins et les réticences de la personne grâce à une relation de confiance construite dans le temps.

Un référentiel du temps d'aide ménagère pouvant être accordé selon les besoins de la personne a été établi par le Conseil Général.

Il est préconisé ainsi un passage d'une demi-heure à une heure le matin pour pouvoir assurer la toilette, l'habillage, la préparation du petit-déjeuner et la réfection du lit ; d'un quart d'heure à une demi-heure pour aider à la prise des repas ; d'un quart d'heure pour un change dans la journée... De même, un forfait de 12h par mois maximum est accordé pour le ménage et les courses.

Si tant est que la personne soit dans une situation de refus lors du passage de l'aide à domicile, ces dernières n'ont pas le temps de réaliser les tâches prévues.

L'application du référentiel d'évaluation qui, avec des éléments de modulation, vise à harmoniser sur le territoire la réponse (nombre d'heures d'intervention par activité), mériterait d'être évalué ; en

parallèle, il s'agirait d'analyser les raisons qui conduisent la personne âgée à ne pas utiliser l'intégralité de la prescription. Cette réflexion pourrait s'inscrire dans une démarche de bientraitance.

De plus, les services d'aide à domicile ne détachent pas les agents pour des passages inférieurs à 30min. Ces courts passages entraînent plus de contraintes pour les services, sans permettre une prestation de qualité auprès du bénéficiaire.

L'utilisation de la grille AGGIR n'est parfois pas adaptée pour l'évaluation de l'autonomie des personnes présentant des pathologies neuro-dégénératives. En effet, au début de la maladie, les malades arrivent généralement très bien à compenser leurs pertes. Quand il y a un conjoint, ce dernier compense également très souvent les difficultés du malade.

Les acteurs de la coordination gérontologique soulignent les difficultés qui peuvent se poser lorsqu'un service d'aide à domicile ne peut effectuer toutes les heures prévues dans le plan d'aide (s'il ne peut effectuer les heures le week-end par exemple). Pour changer de service ou ajouter un service supplémentaire afin d'effectuer le plan d'aide, il est nécessaire de modifier celui-ci. C'est-à-dire qu'une révision doit être engagée et qu'un délai de deux mois court à nouveau.

De même, l'avance des frais pour certains services (accueil de jour, hébergement temporaire, service d'aide à domicile dans le cadre du forfait maintien à domicile) peut être un frein pour certaines personnes ayant de faibles ressources et n'ayant pas les moyens d'avancer cette somme.

2) L'aide sociale à domicile

L'aide sociale peut prendre en charge les frais relatifs à l'intervention d'un service d'aide à domicile pour les personnes âgées vivant à leur domicile, afin d'entretenir leur cadre de vie et satisfaire leurs besoins ménagers.

La procédure de demande est la même que pour l'aide sociale en établissement et l'aide sociale à domicile est également récupérable sur succession.

La personne doit justifier de ressources inférieures à 777,16€ si elle est seule, ou inférieures à 1206,59€ si elle est en couple.

L'aide sociale est accordée pour un maximum de 30h par mois. Lorsque deux bénéficiaires vivent ensemble, le maximum est porté à 48h. L'admission est valable pour 2 ans.

L'aide sociale peut également être attribuée par le maire en urgence à titre exceptionnel et uniquement en cas d'absolue nécessité pour l'attribution de prestation en nature d'aide à domicile à une personne âgée privée brusquement de l'assistance de la personne dont l'aide était nécessaire au maintien à domicile

Le Département règle directement au service d'aide à domicile habilité, sur la base d'un tarif horaire arrêté par le Président du Conseil Général (15,82€ de l'heure, même si le tarif à taux plein facturé par le service est supérieur). La participation du bénéficiaire est fixée à 2,18€ de l'heure.

L'aide sociale peut également prendre en charge les frais de repas du midi du bénéficiaire. Cette prise de repas peut se faire dans un foyer-restaurant ou grâce au portage de repas.

Un tarif est plafonné par le Conseil Général : participation de 4,50€ en foyer-restaurant et de 5,81€ avec le portage de repas. Dans tous les cas, la participation du bénéficiaire est fixée à 2,08€.

C'est la commission d'aide sociale qui statue sur le nombre de repas pris en charge.

En 2013, 140 personnes ont bénéficié de l'aide sociale à domicile sur le département : 124 pour le service d'aide ménagère et 30 pour le portage de repas.

B. Les prestations offertes par les caisses de retraite

Les caisses de retraite offrent des prestations financières ou matérielles pour leurs ressortissants évalués en GIR 5 et GIR 6, c'est-à-dire relativement autonomes, domiciliés sur le département.

L'ensemble des interventions individuelles, des actions collectives de prévention et de mise en œuvre des services sur les territoires a pour vocation de répondre aux besoins de leurs ressortissants.

Ce chapitre reprend les prestations des trois caisses principales majoritaires. Les caisses complémentaires offrent aussi certaines prestations mais devant leur multitude, il n'était pas possible de toutes les recenser.

1) Prestations individuelles

Les personnes retraitées peuvent prétendre à un panier de services (heures d'aide à domicile, portage de repas, téléassistance, aide à l'amélioration de l'habitat...) si elles sont domiciliées dans la Vienne, si elles présentent des critères de fragilité et de dépendance (GIR 5 et 6) et si elles ont des ressources inférieures à un plafond. Une personne ayant droit à l'APA ne pourra pas prétendre au panier de services du plan d'aide au maintien à domicile.

Aide temporaire après hospitalisation :

	CARSAT	MSA	RSI
Prestation proposée	Prise en charge partielle de différents services si nécessaire : aide à domicile, livraison de courses, téléalarme, aide aux transports...	Prise en charge partielle de services d'aide à la personne et/ou à l'entretien du cadre de vie et/ou portage de repas/ téléalarme/ aides techniques pour l'adaptation du logement	Prise en charge partielle de différents services : aide à domicile, garde à domicile, garde de nuit, portage de repas, adaptation de l'habitat, aides spécifiques (téléalarme)
Population concernée	Les retraités du régime général à titre principal, âgés de plus de 55 ans, qui sont ou vont être hospitalisés et qui ont besoin d'être aidés temporairement à leur sortir d'hospitalisation. L'assuré doit relever des GIR 5 ou 6, voire exceptionnellement de GIR 4 si le pronostic de récupération est très favorable.	Les retraités du régime agricole à titre principal, en GIR 5 ou 6 mais présentant des critères de fragilité et de dépendance, ne dépassant pas un plafond de ressources (1090€/mois pour une personne seule et 1754€/mois pour un couple)	Les retraités du régime social indépendant à titre principal.
Conditions d'attribution	Conditions précisées ci-dessus + ne pas percevoir l'APA, la PSD, l'ACTP, la PCH ou la MTP	Conditions énumérées ci-dessus + ne pas percevoir l'APA ni l'aide sociale. L'aide en urgence ne peut être attribuée qu'une fois par année civile.	Les assurés ne doivent pas percevoir de prestation équivalente par un autre organisme ni l'APA d'urgence
Démarches	La demande doit être faite avant l'hospitalisation si celle-ci est programmée ou sinon avant la	Une demande doit être faite par un travailleur social de l'hôpital, d'un CLIC ou d'un	La demande doit être faite par l'établissement de santé au plus tard 48h avant la sortie

	sortie. C'est donc l'assistante sociale de l'établissement qui va gérer la demande. Un travailleur social va évaluer les besoins de l'assuré à domicile.	service d'aide à domicile. L'assuré doit fournir un bulletin de sortie d'hôpital et le dernier avis d'imposition. Une évaluation est ensuite faite à domicile par un agent de la caisse dans un délai de deux mois maximum après le retour au domicile afin de pouvoir intégrer le panier de service ou être orienté vers le Conseil Général pour une demande d'APA.	effective. Une évaluation est ensuite faite à domicile par un agent de la caisse.
Détails de la prestation	Les prestations de service sont assurées par les intervenants du choix de la personne pour une période de 3 mois. La caisse accorde, si nécessaire, un financement partiel des prestations en fonction des revenus et dans la limite d'un plafond de dépenses de 1800€ pour trois mois, la participation du bénéficiaire incluse.	L'aide en urgence ne peut être accordée que pour quatre mois maximum. La participation de la caisse varie selon les revenus et les besoins du demandeur (aide à la personne ou entretien du cadre de vie).	L'aide au retour après hospitalisation ne peut être accordée que pour 3 mois maximum.

Aide à la personne et/ou à l'entretien du cadre de vie :

	CARSAT	MSA	RSI
Prestations	Prise en charge de l'aide ménagère à domicile	Aide à la personne Aide à l'entretien du cadre de vie	Prise en charge de l'aide ménagère à domicile
Population concernée	Retraités majoritaires du régime général en GIR 5 et GIR 6 avec des critères de fragilité redéfinis chaque année	Les retraités du régime agricole à titre principal, en GIR5 ou 6 mais présentant des critères de fragilité ou de dépendance, ne dépassant pas un plafond de ressources (1090€/mois pour une personne seule et 1755€/mois pour un couple). Les retraités éligibles à l'aide sociale ou à l'APA ne peuvent pas prétendre à l'aide de la caisse.	Retraités du RSI âgés de plus de 60 ans, évalués dans les GIR 5-6. Sont exclus ceux pouvant prétendre à l'APA ou bénéficiant de l'ACTP, MCTP, MTP, PCH ou ASPA ¹³
Conditions d'attribution	75 ans pour les personnes seules	Le plan d'aide attribué est au maximum de 24 mois.	Conditions ci-dessus L'aide est accordée pour

¹³ ACTP : Allocation Compensatrice pour Tierce Personne / MCTP : Majoration pour aide Constante d'une Tierce Personne
MTP : Majoration pour Tierce Personne / PCH : Prestation de Compensation du Handicap
ASPA : Allocation de Solidarités aux Personnes Agées

	90 ans pour les couples (c'est l'âge du demandeur qui est pris en compte, si le conjoint à moins, la demande est recevable). L'aide est accordée pour un ou deux ans.		l'année civile.
Démarches	Une évaluation est réalisée par des travailleurs sociaux du pôle évaluateurs mandaté par la caisse afin d'estimer les besoins	Une évaluation est réalisée par les travailleurs sociaux de la caisse.	Une évaluation est réalisée par les services d'aide à domicile conventionnés avec la caisse.
Détails de la prestation	Participation de la caisse en fonction des ressources (allant de 49% à 90%) ne pouvant pas dépasser une enveloppe maximale de 3000€ par an. Plafond de ressources : 1258 euros pour une personne seule et 1921 euros pour un couple	Participation en fonction des ressources.	La participation de la caisse est versée mensuellement au prestataire sur présentation d'une facture.

La MSA propose un panier de services qui peut comprendre, en plus de l'aide ménagère, une participation financière (en fonction des ressources) à la mise en place de :

- La téléalarme : prise en charge de 15€ par mois réglée directement à la structure conventionnée
- Le portage de repas : dans la limite de 240€ par an. Suite à une hospitalisation supérieure ou égale à 3 jours, la caisse peut prendre en charge intégralement 10 repas dans la limite de 10€ par repas, dans les 30 jours qui suivent la sortie. L'hospitalisation pourra avoir lieu à l'extérieur des départements des Deux-Sèvres et de la Vienne.
- L'aide à l'adaptation de l'habitat (petits équipements amovibles : rehausse WC, planche de bains, siège pivotant de baignoire, tabouret de douche, tapis antidérapant, barre d'appui, rehausse lit, rehausse fauteuil, kit lumineux ou main courante...) : en fonction des revenus de la personne et des besoins évalués de la personne. Prise en charge à hauteur de 80% de la dépense dans la limite de 100€ par an (déduction faite de la part légale et mutuelle). Paiement à l'assuré ou au prestataire sur facture.
- L'aide au remplacement des aidants familiaux : pour permettre aux aidants de participer à une formation ou pratiquer une activité nécessaire à son *bien être et sa santé* ; s'absenter plusieurs jours (vacances, événements familial, problème de santé). Le soutien financier pourra porter sur deux types de services : les interventions effectuées au domicile, l'accueil temporaire en structure ou famille d'accueil. L'aide pourra être attribuée sur une période de 12 mois calendaire à compter de la date d'attribution.

La CARSAT propose un panier de services qui peut comprendre, en plus de l'aide ménagère, une participation financière à la mise en place de deux prestations maximum :

- Installation de la téléalarme : forfait annuel de 200€
- Abonnement à la téléalarme : forfait annuel de 200€
- aide à la gestion administrative (paiement sur factures)

- aide aux démarches (comprend l'aide aux transports) : forfait annuel de 100€
- aide aux vacances : réservé aux retraités non imposables (avant déduction fiscale) qui partent dans le cadre du programme Senior en vacances
- aide au maintien du lien social (cotisation à un club...)
- un portage de repas : forfait annuel de 200€
- gros travaux de nettoyage : paiement sur factures
- petits travaux : forfait annuel de 200€
- frais de pédicure : forfait annuel de 100€
- aide à l'hébergement temporaire : dans le cadre d'une évaluation globale, demande effectuée avant le séjour, séjour supposant un retour à domicile et non un préalable à l'entrée en établissement
- consultation d'ergothérapeute : paiement sur facture
- dépense de protections : paiement sur facture

La CARSAT peut également participer à l'amélioration de l'habitat, en lien avec Vienne Habitat.

La CARSAT propose aussi des kits de prévention pour l'achat d'aides techniques de 100, 200 et 300 euros pour l'achat de barres d'appuis, tabouret de douche, main courante, planche de bain, réhausseur WC... Ce kit n'est pas compris dans l'enveloppe maximale des 3000€.

La CARSAT a également mis en place un dispositif d'aide en urgence aux retraités en situation de rupture. En cas d'évènement brutal (décès du conjoint ou d'un proche, entrée du conjoint en EHPAD ou déménagement de l'assuré), la caisse peut participer à la prise en charge de l'aide à domicile. L'évènement déclencheur ne doit pas dater de plus de 6 mois avant la demande. Les conditions sont les mêmes que pour l'ARDH : durée maximale de trois mois pour la prise en charge et montant maximal de 1800€.

Le RSI peut également accompagner de manière temporaire ses assurés, en cas de maladie, d'absence momentanée des aidants... La caisse peut financer une garde à domicile de jour, de nuit ou 24h/24h, un séjour en hébergement temporaire, le portage de repas ou autres services. Cela est soumis à condition de ressources et la prise en charge est de 6 mois maximum.

La caisse peut également participer à la prise en charge de la téléalarme et du portage de repas, à l'amélioration de l'habitat, octroyer une aide au chauffage, une aide aux assurés exclus de la complémentaire santé et une aide au séjour vacances accompagnés.

2) Prestations collectives

Association CAP Poitou-Charentes

L'association CAP Poitou-Charentes (Coordination des actions de prévention) créée le 4 octobre 2013 de la volonté des trois principaux régimes de retraite de mutualiser leurs compétences et savoir-faire afin de coordonner et financer des actions liées à la préservation de l'autonomie.

La Carsat Centre-Ouest, le RSI Poitou-Charentes, la MSA des Charentes et la MSA Sèvres-Vienne ont fait aboutir au niveau de la région Poitou-Charentes, sous la forme d'une association de coordination politique, leur projet de partenariat engagé depuis 2012.

Cette association a vocation à promouvoir, organiser et financer un parcours de prévention santé pour les seniors.

Elle a pour mission de définir un programme annuel d'actions sur les territoires, au sein d'un catalogue, accessible à tous, quelque soit son régime de retraite et son lieu de résidence sur la région.

La mise en œuvre des actions labellisées est ensuite confiée à des opérateurs dont l'ASEPT : Ateliers du Bien vieillir, PEPS EUREKA, Objectif équilibre, Ateliers Nutrition Santé Seniors...

Les conférences « Seniors, soyez acteurs de votre santé », ouverte au grand public permettent de présenter et promouvoir ces différentes actions.

ASEPT Poitou-Charentes

Les actions mises en œuvre par l'Association de Santé, d'Education et de Prévention sur les Territoires en Poitou-Charentes sont :

- Conférences « Seniors, soyez acteurs de votre santé » : il s'agit d'une conférence débat gratuite et ouverte à tous sur la thématique de la préservation de l'autonomie. A l'issue de la conférence, il est possible de s'inscrire aux différentes actions : les Ateliers du Bien Vieillir, PEPS Eureka (ateliers mémoires), Ateliers Nutrition Santé Seniors et ateliers équilibre (animés par Siel Bleu ou le comité départemental EPGV).
- Ateliers Bien Vieillir (ABV) : 8 ateliers de 3h pour des groupes constitués de 10 à 15 personnes. Cette action d'éducation à la santé permet de situer et d'améliorer ces comportements sur des thèmes tels que la mémoire, le sommeil, les risques osseux, les médicaments, les organes des sens ou l'équilibre alimentaire. Elle permet également de maintenir le lien social. Une participation forfaitaire de 20 € est demandée.
- Ateliers mémoire PEPS Eureka (Programme d'Education et de Promotion de la Santé) : 10 ateliers de 3h pour des groupes constitués de 10 à 15 personnes. Le travail de la mémoire est intégré dans un concept de bonne santé cognitive. Ces ateliers visent à comprendre le fonctionnement de la mémoire, agir sur les facteurs susceptibles de l'entraver ou de l'améliorer. Ils permettent également de maintenir le lien social. Une participation forfaitaire de 20 € est demandée.
- Ateliers Nutrition Santé Seniors : 6 ateliers de 2h30 pour des groupes constitués de 10 à 15 personnes. Ce programme d'éducation à la santé propose de faire le point sur les pratiques en matière de nutrition, afin d'adopter les comportements pour une alimentation équilibrée et adaptée aux besoins. Les objectifs sont de s'informer sur les effets de l'alimentation dans le « Bien Vieillir » et d'acquérir de nouveaux réflexes favorables à un bien être durable. Thèmes abordés : Pourquoi et comment je mange, l'équilibre alimentaire (avec intervention d'une diététicienne), être un consommateur averti, aliments : cuisson et stockage, alimentation et prévention santé (avec intervention d'une diététicienne), convivialité. Il permet également de maintenir le lien social. Une participation forfaitaire de 10 € est demandée.
- Ateliers Objectifs Équilibre : 15 ateliers de 1h00 pour des groupes constitués de 10 à 15 personnes. Ce programme animé par Siel Bleu propose de la gymnastique douce pour découvrir les postures-clés, offrir un renforcement musculaire, apprendre à se relever en cas de chute. Thèmes abordés : mobilité et souplesse articulaire, renforcement musculaire, respiration, relaxation, prévention des chutes... Il permet également de maintenir le lien social. Une participation forfaitaire de 20 € est demandée.

La MSA met également en œuvre en partenariat des dispositifs et des actions collectives de prévention dans l'objectif de favoriser le lien social et soutenir les aidants familiaux (voir partie les actions spécifiques pour les aidants familiaux)

- **Les « séjours Seniors en Vacances »** en partenariat avec Ekitour et l'ANCV. Conditions : avoir 60 ans et plus, retraité ou sans activité professionnelle, 55 ans pour les personnes en situation de handicap, résider en Poitou-Charentes. Condition pour bénéficier de l'aide financière : être non imposable.

Public prioritaire : les aidants familiaux, le fait de ne pas être parti en vacances depuis plus de 2 ans.

Objectif : favoriser le départ des non-partants, favoriser le lien social (lutte contre l'isolement), soutenir les aidants familiaux (répit).

- **Les Chartes territoriales de solidarité avec les aînés.** Les chartes ont pour vocation de lutter contre l'isolement et développer les solidarités et les services autour des retraités sur les territoires ruraux les plus isolés. Les Chartes sont proposées aux élus locaux par la MSA et conduites en étroite partenariat avec les acteurs et associations qui agissent en direction des personnes âgées.

Trois enjeux forts et complémentaires président au développement des chartes territoriales :

- Un enjeu démographique lié au vieillissement accru de la population notamment en milieu rural, certains territoires étant caractérisés par une forte présence de retraités agricoles ;
- Un enjeu de cohésion sociale des territoires et de solidarité collective : dans de nombreux espaces ruraux, les personnes âgées rencontrent aujourd'hui des problèmes d'isolement géographique et social et, de façon générale, des difficultés plus ou moins marquées d'accès aux soins et aux services.
- Un enjeu de politiques publiques : la seule réponse, pour nécessaire et légitime qu'elle soit, en termes de services ou de structures ne permet pas de faire face à l'ensemble des enjeux en présence. Aussi, il convient de redynamiser l'ensemble des liens de solidarité (familiaux, voisinage, générations, associatives, etc.) autour et avec les aînés. Il s'agit donc là de contribuer à l'évolution des politiques publiques conçues aujourd'hui plus en termes de réparation et de compensation que de cohésion sociale, en s'appuyant sur les ressources sociales locales dont celles des populations concernées.

Pour répondre à ces enjeux, il convient à la fois de redynamiser l'ensemble des liens de solidarité (familiaux, voisinage, générations, associatives, etc.) autour et avec les aînés, et de reconstituer une offre de services à caractère professionnel qui soit adaptée et dimensionnée aux besoins sociaux prioritaires. Aussi pour qualifier cette démarche très ouverte dans sa dimension éthique (valeurs de solidarité) et partenariale (participation et mobilisation de tous), il est proposé d'adopter la dénomination : « chartes territoriales des solidarités avec les aînés ».

Les Chartes territoriales des solidarités avec les aînés visent, dans la mesure du possible, à développer de manière combinée les cinq champs d'actions suivants :

Champ N°1- Le soutien au lien social et aux solidarités de proximité

Champ N°2- La valorisation des engagements et de l'expérience des aînés

Champ N°3 -La prévention du vieillissement

Champ N°4- Le développement ou le maintien d'une offre de services ou de structures de proximité

Champ N°5 : Le développement d'une offre de santé de proximité

Deux chartes territoriales des solidarités avec les aînés sont actuellement mises en œuvre (2013-2015) :

En pays Montmorillonnais dans le cadre du Contrat Local de santé ;

Le plan d'action est élaboré, en réponse aux attentes des aînés et aux observations des partenaires. Il se décline selon les 5 champs constitutifs des chartes des solidarités

En pays Civraisien ; Le plan d'action est élaboré, en réponse aux attentes des aînés et aux observations des partenaires. Il se décline selon les 4 champs constitutifs de cette charte des solidarités.

La CARSAT organise des ateliers Equilibre en partenariat avec le COREG EPGV et l'association SIEL BLEU en 10 ateliers, afin de prévenir le risque de chute chez les personnes âgées.

C. Les actions spécifiques à l'attention des aidants

Des actions de prévention destinées aux seniors sont proposées sur tout le département via notamment les différentes caisses de retraite, des collectifs associatifs...

Il s'agit ici de valoriser sur les actions tournées vers les aidants, d'écoute et de soutien.

Les proches aidants sont des personnes non professionnelles, qui appartiennent ou non à la famille de l'aidé. Ils viennent en aide de manière régulière à une personne dépendante de leur entourage, pour les activités de la vie quotidienne. Cette aide s'avère essentielle à la possibilité de demeurer à domicile.

Il s'agit de donner toute leur place aux aidants et aux bénévoles dans l'accompagnement du projet de vie de la personne, dans des conditions garantissant la complémentarité de leur intervention avec celle des professionnels en proposant soutien, accompagnement, répit et formation des aidants familiaux.

1) Les actions proposées par l'association France Alzheimer Vienne

Créée en 1988, France Alzheimer Vienne est membre de l'Union Nationale France Alzheimer et maladies apparentées. Il s'agit d'une association départementale de familles au service des familles et de leurs malades.

C'est aujourd'hui 250 adhérents et donateurs, 20 administrateurs et bénévoles impliqués, une secrétaire et une psychologue à temps partiel.

L'association France Alzheimer Vienne est un acteur important dans le soutien aux aidants. Son action, tournée vers les malades et leurs proches, vise à leur offrir une écoute, des conseils dans la prise en charge, des informations sur les aides disponibles et rompre l'isolement dans lequel bien souvent ils s'enferment...

Des actions d'écoute et d'information :

France Alzheimer Vienne a mis en place une permanence téléphonique qui permet aux malades ou leurs proches de joindre un bénévole de l'association à tout moment pour obtenir des conseils, un temps d'écoute... Des antennes sont ouvertes sur tout le département afin que les familles puissent venir rencontrer des bénévoles. Des permanences d'information sont organisées chaque mois au Pôle de gériatrie du CHU de Poitiers, avec des bénévoles de l'association, depuis ...

Des conférences-débats sont organisées afin d'informer le grand public sur la maladie et ses conséquences.

A l'occasion de la Journée Mondiale Alzheimer, France Alzheimer Vienne et Maladies Apparentées s'est mobilisée toute la semaine du 22 septembre au 26 septembre 2014 autour de plusieurs actions réalisées dans la ville de Poitiers (expositions de photographies, quêtes, projection du film Flore et Tête en l'air à Poitiers, Châtellerauld et Chauvigny...); organisation d'une journée spéciale à l'hôtel de ville de Poitiers avec le matin : un échange inter-structures réunissant plus de 150 professionnels du secteur, l'après-

midi : des tables-rondes co-animées par des professionnels reconnus et des stands d'informations ouverts et accessibles au grand public réunissant entre 250 et 300 personnes.

Des temps de rencontre et d'échanges entre aidants / aidants-aidés :

Des cafés-mémoire® ont lieu tous les mois dans un café de Poitiers. Les familles peuvent s'y rencontrer pour échanger sur leurs difficultés, en présence d'un bénévole de l'association et d'un psychologue. Cela s'adresse aussi bien aux aidants qu'aux couples aidants-aidés, ou tout autre proche.

Des réunions des familles sont proposées à Châtelleraut, Usson du Poitou, Loudun et Lussac Les Châteaux. Organisées une fois par mois, ces réunions sont animées par des professionnels et des bénévoles et offrent un espace d'écoute et d'information aux aidants et aux proches.

Des réunions Info Famille sont organisées une fois par mois à l'Espace Information Séniors du CHU de Poitiers. Lors d'un temps d'accueil et de convivialité animé par des bénévoles de France Alzheimer Vienne, des professionnels de la santé, de la gériatrie, de la neurologie, du social, du juridique... apportent des réponses aux questions des familles sur la maladie d'Alzheimer, sur le quotidien du malade et de la famille, sur l'avenir...

Une halte-relais est proposée une fois par mois pour les couples aidants-aidés. Autour d'un repas, les aidants partagent un moment de convivialité et s'offrent un temps de répit et de détente. Un temps d'animation est ensuite proposé avec des professionnels où les malades peuvent participer.

Ces haltes-relais ont lieu à Buxerolles, dans un EHPAD et accueillent en moyenne 16 participants.

La même formule a été développée sur Châtelleraut, en lien avec la plate-forme de répit depuis le mois de septembre.

Des ateliers de relaxation sont mis en place par l'association France Alzheimer. Ce type d'atelier utilise plusieurs approches qui sont toutes orientées vers la relaxation : sophrologie, yoga, tai-chi-chuan...

Ces ateliers s'adressent à toutes personnes accompagnant une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer ou apparentée, afin de permettre aux aidants de prendre du recul face aux situations et aux émotions qu'il rencontre, mieux gérer ses réactions émotionnelles et son stress au quotidien et s'accorder un temps de repos.

Cette action peut se dérouler sur plusieurs séances (10 séances) d'une heure chacune.

Cet atelier est proposé gratuitement aux familles adhérentes à l'association France Alzheimer. Elles se déroulent au siège de l'association.

France Alzheimer propose différentes formules de séjour vacances :

- Séjours détente : ces séjours entre aidants et aidés sont encadrés par des bénévoles formés, et se déroulent dans des lieux touristiques.
- Séjours aidants isolés : ces séjours accueillent des aidants familiaux qui se retrouvent seuls à la suite du décès ou de l'entrée en institution de la personne malade. Des activités de loisir et de détente à partager en groupe sont organisées mais également un accompagnement psychologique non obligatoire.
- Séjours répit : ce séjour accueille de manière privilégiée des couples dont la personne malade est à un stade avancé de la maladie. Une prise en charge renforcée pour les personnes malades est proposée et des temps de repos sont organisés pour les aidants.
- Séjours malades jeunes : ces séjours donnent la priorité aux malades âgés de moins de 65 ans. Ces séjours sont destinés aux couples aidants-aidés et organisent des activités de loisir et de détente.

Un dossier d'inscription doit être rempli avec un questionnaire de santé. Les familles n'étant jamais parties sur un séjour organisé par France Alzheimer sont prioritaires.

France Alzheimer présente des tarifs dégressifs en fonction des revenus d'imposition.

Des temps de formation :

Des formations sont proposées aux aidants afin de les aider à mieux comprendre la maladie et à adapter leur comportement à la personne malade.

Proposée par France Alzheimer, une formation de 14h est découpée en 5 modules. Elle s'adresse aux aidants, aux proches des malades et est animée par un psychologue de l'association et un bénévole. Les différents modules abordent différents points nécessaires aux aidants :

Module 1 : connaître la maladie d'Alzheimer

Module 2 : les aides (humaines, techniques, sociales financières et juridiques)

Module 3 : l'accompagnement (les actes du quotidien, les temps de partage et de détente)

Module 4 : communiquer et comprendre (rester en relation, répondre aux manifestations de l'humeur)

Module 5 : être l'aidant familial (maintenir une vie sociale, savoir prendre du répit)

Une aide peut être accordée, sous conditions de ressources notamment, par le Lions Club grâce à une convention signée avec le Réseau gérontologique Ville-Hôpital du grand Poitiers, afin de financer en partie les frais de garde du malade.

Ces formations ont été dispensées sur tout le territoire de la Vienne, sous réserve de la participation de 8 aidants à chaque session.

Pour l'année 2015, des formations auront lieu à Poitiers, Châtelleraut, Usson du Poitou et Loudun.

Des groupes de parole sont organisés une fois par mois et s'adressent aux personnes qui ont suivi la formation des aidants. Ils accueillent en moyenne 8 participants sur 5 séances animées par le psychologue présent à la formation. Ils visent à faire le point sur ce qui manque aux aidants pour avancer ou pour s'exprimer sur leur situation. Les participants à ce groupe de parole reçoivent une invitation personnelle.

2) L'association France Parkinson

L'association France Parkinson propose une formation des aidants de 12h découpée en 6 modules : maladie de Parkinson et les traitements, l'aide auprès d'un proche malade, les aides et les ressources...

Après une première demi-journée d'informations générales et d'échanges sur la maladie, la formation démarre en petits groupes.

Elle est encadrée par 2 binômes « ressources » et 1 psychologue.

L'association France Parkinson organise des réunions des familles (personnes malades et entourage) chaque premier jeudi du mois à Buxerolles.

Des ateliers de qi-gong pour le malade Parkinsonien et son entourage ont lieu le mercredi à Buxerolles. Le principe fondamental du qi gong qui est de stimuler la circulation énergétique, à travers des mouvements lents, simples, donc sans force musculaire. On fait donc travailler le corps dans la détente

et plus particulièrement l'équilibre, la stabilité, la mobilité et apprendre à se servir de tout son corps pour effectuer des mouvements.

Des mouvements qui peuvent être utilisés par la suite dans le quotidien et aider à la mobilité du corps.

3) Le déploiement du Collectif inter-Associatif de Soutien aux Aidants (le CASA)

Deux Associations fondatrices, l'**AIR**Syndrome Sapho et l'**ASBH** - Spina-Bifida, ont proposé à d'autres Associations de la Région Poitou-Charentes, ayant des préoccupations similaires, de se constituer en Collectif inter-Associatif, pour mettre en œuvre un projet, le plus complet possible, tenant compte des expériences déjà acquises.

Le CASA (Collectif inter-Associatif de Soutien aux Aidants) rassemble aujourd'hui douze associations représentatives de maladies rares, chroniques et dégénératives, ainsi que des associations familiales et des partenaires professionnels agréés (UDAF, ADMR,...), qui ont créé ensemble « **Le C.A.S.A** ».

Le CASA, est une structure souple et s'adapte aux besoins et à l'attente des Aidants familiaux, par une écoute en groupes de paroles ou individuelle, par une évaluation des besoins et par une offre de solutions personnalisées de répit et d'animations, par une formation adaptée, et ceci, quelle que soit la pathologie du malade, quel que soit l'âge de l'aidant.

Déployé à l'origine sur la Charente, le CASA développe peu à peu son action dans la Vienne. Des partenariats se sont créés avec l'association Parkinson 86, la MSA 79-86, l'APF 86...

Un groupe de paroles s'est mis en place en 2013 sur Poitiers, avec comme thématique : « comment gérer son sentiment d'impuissance ? ».

En 2014, le CASA a développé plusieurs types de formation : pour des publics de professionnels - services à la personne, accueillants familiaux, mais aussi pour les bénévoles associatifs. Ces formations sont ouvertes à tous.

En 2015, le CASA organise au mois de mars des sessions ouvertes aux bénévoles. Elles se situeront en Charente-Maritime sur le thème de l'accompagnement des personnes fragiles; elles sont ouvertes à tous les bénévoles de la région.

Le groupe de parole sur Poitiers se poursuit, en partenariat avec le SAVS de l'APF86. Plusieurs réunions sont prévues dans l'année.

Le CASA assure toujours l'écoute individuelle. Ces entretiens peuvent d'ailleurs être effectués soit à l'initiative d'un aidant soit à la demande des services sociaux qui peuvent orienter un aidant en difficulté.

Le CASA continue à assurer le suivi des jeunes et très jeunes aidants, avec le projet d'une sortie sur un week-end.

Un séjour Aidants et Aidants/Aidés est en projet également pour l'année 2015.

4) Les actions proposées par la Mutualité Française de la Vienne

La Mutualité Française développe des actions et des dispositifs destinés à prévenir les problèmes de santé des aidants, à les aider et/ou les accompagner :

« **La santé des aidants parlons-en !** » est un programme en prévention des problèmes de santé liés à la fonction d'aide. Il propose aux familles accompagnant un parent malade, de s'accorder des moments de répit, de rencontrer d'autres personnes qui vivent la même situation et de parler de leur santé avec des

professionnels de l'accompagnement social et du soin. 1 conférence sur la santé des aidants introduit les 3 ateliers qui abordent chacun une des 3 dimensions de la santé (physique, psychologique et sociale).

L'**Atelier Fil mauve** est une formation destinée aux aidants familiaux de malade d'Alzheimer. Organisée en 4 séances collectives et 2 entretiens individuels, ces rencontres hebdomadaires ont pour objectif de mieux comprendre la maladie d'Alzheimer, d'améliorer la communication avec le malade, de connaître les aides juridiques, médicales et sociales et surtout à se ménager des moments de répit. Le proche malade peut être accueilli par l'Equipe Spécialisée Alzheimer, sur les temps de formation de l'aidant.

Le **programme « Mouvements partagés »** propose des séances hebdomadaires de pratique conjointe d'activités physiques adaptées en direction des couple aidants et aidés dans le cadre de la dépendance liée à l'âge. Les séances collectives permettent d'explorer les sphères sensorielles et visent à relancer la relation à l'Autre, par le langage du corps et l'expérience sensorielle.

Le **programme « Alimentation et Alzheimer »** propose une conférence et des ateliers pratiques aux aidants, pour connaître les spécificités des problèmes nutritionnels liés à la maladie d'Alzheimer et améliorer la prise en charge des troubles par la mise en place de recommandations pratique.

5) Les actions proposées par la MSA et ses partenaires

Ces actions visent à soutenir, former, informer et favoriser le répit des aidants familiaux quel que soit la pathologie de la personne aidée.

- A Savigné, « la pause café des aidants » (action portée par Générations Mouvement) permet de rassembler et soutenir chaque mois des aidants de personnes dépendantes. Moments d'échange de convivialité et d'information ouvert à tous, quel que soit le régime de protection sociale. Ces temps sont animés par alternance par un travailleur social de la MSA, une psychologue de l'AFCCC, un bénévole formé à l'aide aux aidants de Générations Mouvement ou pour cette année 2015 par un intervenant de l'association Siel Bleu. A l'agence MSA de Savigné le 1^{er} mardi des mois pairs et chaque mois le 3^{ème} mardi. Possibilité d'aide financière à la prise en charge de la personne aidée ou d'aide au transport de l'aidant familial pour favoriser sa participation. Action soutenue par l'ARS, le Conseil Général, la CARSAT, la MSA et en lien avec de nombreux autres partenaires (CLIC, APEF, ADMR...).
- « Là tu bulles! » (action portée par le CPA de Lathus) : il s'agit de temps de rencontres entre aidants familiaux organisés un jeudi toutes les six semaines co-animés par un travailleur social et un professionnel de santé. Il s'agit de temps d'échange, de temps d'information (selon les thèmes choisis avec les participants), d'activités de détente. Elles se déroulent au CPA de Lathus. Possibilité d'un repas partagé et convivial à 12h sur réservation. La personne aidée (GIR 3 à 6) peut être accueillie et accompagnée sur place par une équipe d'animation du CPA Lathus (aide à la mobilité, aux repas, activités proposées et adaptées). Possibilité également d'une prise en charge de la personne aidée à son domicile et d'une aide au transport. Action soutenue par le Conseil Général, la CARSAT, le RSI, la MSA, AG2R et en lien avec de nombreux autres partenaires (CLIC de Montmorillon, MAIA, hôpital local...).
- Séjour des répit aidants/aidés organisé au CPA de Lathus (action portée par le CPA de Lathus) du 20 au 24 avril 2015, pour un effectif de 16 personnes maximum à destination des aidants familiaux seuls ou accompagnés de la personne aidée relevant d'une pathologie telle que

Alzheimer, Parkinson, AVC... (dépendance GIR 3 à 6) , tarif selon ressources. Action soutenue par le Conseil Général, la CARSAT, le RSI, la MSA, AG2R et en lien avec de nombreux autres partenaires (CLIC de Montmorillon, MAIA, hôpital local...).

- L'action « La santé des aidants » expérimentée sur les Pays Montmorillonnais et Civraisien : les objectifs sont la prévention et la prise en charge des pathologies liées à l'aide, ainsi que la constitution d'un état des lieux de la santé des aidants.

Une expérimentation menée sur cinq sites (MSA Alpes du Nord, Côtes Normandes, Loire-Atlantique – Vendée, Nord-Pas de Calais, Sèvres-Vienne). Ce volet santé comprend une consultation spécifique de l'aidant encadrée par deux ateliers psycho-éducatifs de groupe, comme suit :

1^{ère} phase collective : Atelier « information santé ». C'est une phase collective éducative dont l'objectif est de sensibiliser les aidants aux risques médicaux liés à leur statut et de les inciter à participer à une consultation préventive dans le cadre de l'action.

2^{ème} phase individuelle : Consultation spécifique. Elle est réalisée par le médecin traitant. L'objectif est d'évaluer l'état de santé, vérifier les éléments de prévention tels que le calendrier vaccinal, la planification des examens de dépistage usuels et traiter si besoin, instaurer un suivi régulier.

3^{ème} phase collective : Atelier « échange santé ». C'est une phase collective psycho-éducatrice effectuée à distance de la consultation spécifique et dont l'objectif est de permettre aux aidants d'échanger sur leur santé. Il se compose d'une présentation des membres du groupe et de l'atelier, d'un temps d'expression et d'une évaluation finale.

D. Les services à la personne

1) Les Services d'aide à domicile

Le champ des services à la personne connaît depuis la mise en place du plan Borloo en 2005 un important développement quantitatif et qualitatif.

La loi de 2005, modifiée par la loi du 23 juillet 2010, a défini comme "services à la personne" 21 activités regroupées en 3 familles :

- services à la famille,
- services de la vie quotidienne,
- services aux personnes dépendantes.

L'exercice de ces activités est soumis soit à un agrément, soit à une déclaration. La Direction Générale des Entreprises (DGE) encadre ce secteur.

Les services doivent être agréés par la DIRECCTE (Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi) de Poitou-Charentes. Cet agrément permet de garantir le respect d'un processus de qualité vis-à-vis du service rendu. C'est également cet agrément qui permet de bénéficier d'un crédit d'impôt ou d'une réduction d'impôt.

Dans le département de la Vienne et en particulier sur les territoires de Grand Poitiers et du Pays Châtelleraudais cette vitalité et ce poids dans l'économie locale, sont avérés.

En effet, dans la Vienne, 173 services sont agréés services à la personne au 31 décembre 2013 : les statuts se partagent entre public et privé. Il faut également compter environ 17 000 particuliers employeurs (dont plus de 50% ont plus de 60 ans).

**Nombre d'organismes de services à la personne au 31/12/2013 dans la Vienne,
selon leur catégorie juridique**

Association	Auto-entrepreneur	Entreprise	Organisme public
71	36	61	5

Activité des OSP au niveau intercommunal : nombre de personnes de 75 ans par ETP



Nombre de personne de plus de 75 ans
par équivalent temps plein



Min : pays gencéen : 1 ETP pour 19 personnes
Max : Portes du Poitou, 1 ETP pour 57 personnes
Moyenne : 1 ETP pour 36 personnes

Pays Châtelleraudais : 1 ETP pour 34 personnes
Pays Loudunais : 1 ETP pour 26 personnes
Grand Poitiers : 1 ETP pour 21 personnes

Les interventions ont généré, en 2013, près de 3 415 emplois en équivalent temps plein. Ces activités représentent ainsi 2% de l'emploi départemental (mesuré en ETP). Ce poids est moins élevé que la moyenne régionale (2,2%).

Avec un volume de 5,5 millions d'heures d'intervention au domicile des particuliers réalisées en 2013, le secteur connaît une diminution de son activité de 8% au niveau départemental depuis 2010. Si l'intervention en mode prestataire est stable dans l'ensemble ces trois dernières années, l'activité du particulier-employeur est en recul (-12%).

Dans la Vienne, 74% des heures effectuées sont destinées à des services aux personnes dépendantes. C'est plus que la moyenne régionale (62%).

Les associations assurent les trois quarts de l'activité déclarée par les organismes de services à la personne pour les modes prestataire et mandataire. En outre, les associations sont quasiment les seuls organismes à être présents au sein des territoires ruraux (telle l'ADMR par exemple). Les organismes publics (CCAS, EPCI...) représentent 14% du volume déclaré par les structures. Les entreprises occupent quant à elles 11% de l'activité prestataire et mandataire. Depuis 2009, le secteur a également vu apparaître le statut d'auto-entrepreneur dont l'activité reste minoritaire, représentant seulement 0,4% des heures d'intervention enregistrées.

Source de l'article : Agence régionale de la formation tout au long de la vie (ARFTLV)

Plus de 30 services d'aide à domicile se côtoient sur le département. Une vingtaine d'entre eux interviennent sur le territoire MAIA Sud.

L'ADMR compte une quinzaine d'antennes sur le territoire MAIA.

Différents modes s'offrent aux personnes âgées souhaitant recourir aux services d'une aide à domicile : un emploi en gré à gré ou le recours à un service d'aide à domicile en mode prestataire ou en mandataire.

Le service prestataire:

Le service d'aide à domicile gère entièrement l'aide apportée (le personnel employé est salarié du prestataire). C'est la formule la plus coûteuse mais celle qui offre le plus de garantie de qualité de service.

Le service mandataire:

Le service d'aide à domicile se charge de trouver le personnel et réalise les démarches administratives mais n'est pas l'employeur (frais d'adhésion). Le service peut assurer le remplacement de l'agent.

L'emploi direct:

La personne aidée recrute l'intervenant et réalise toute les démarches. La rémunération est réalisée par l'intermédiaire des chèques CESU. Cette solution si elle est la moins coûteuse est aussi la plus difficile à mettre en oeuvre.

L'emploi en gré à gré et le mode mandataire rendent la personne âgée employeur. En mode mandataire, le service mettant à disposition l'aide à domicile s'occupe des déclarations, bulletins de paye..., ce qui incombe à la personne ou sa famille en gré à gré.

Si ces modes sont moins onéreux que le prestataire, il faut savoir qu'en cas d'arrêt du contrat, le bénéficiaire devra verser à la salariée une prime de licenciement ou de fin de contrat. De plus, la participation au titre de l'APA est moindre. Il faut donc bien comparer les coûts/ avantages du mode d'emploi avant de recourir aux services d'une aide à domicile.

Sur le territoire MAIA, quatre services sont conventionnés avec le Conseil Général dans le cadre de l'APA :

- L'ADAPA Availles-Limouzine
- L'UNA Chauvigny
- L'APEF Familles Rurales
- Les différentes antennes ADMR

2) Le portage de repas

Le portage de repas s'avère être une bonne solution pour les personnes âgées ne souhaitant ou ne pouvant pas préparer elles-mêmes leur repas. Différents services le proposent : Présence Verte Service 86 (le service de la MSA), Age d'or Services, le service Clémence et Antonin, l'EHPAD LA Genollière, le foyer-logement d'Availles-Limouzine et le foyer-logement de Gençay.

Les services proposent les repas pour un tarif allant de 7€ à 10€.

De plus en plus, les services de portage de repas s'adaptent aux besoins des personnes âgées : repas adaptés à certains régimes (sans sel, pauvre en sucre) ou sous différentes textures (hachés, mixés).

Il faut donc veiller à choisir le service le plus adapté aux besoins de la personne.

3) La téléassistance

Les services de téléalarme sont nombreux sur le territoire MAIA Sud car de nombreux prestataires, services d'assurance, mutuelles, voire des banques proposent cette prestation.

Ce système permet de rassurer la personne et son entourage quant à de possibles chutes ou malaises au domicile, notamment quand la personne vit seule. En appuyant sur son boitier, la personne est reliée à une centrale d'écoute qui analyse le besoin de la personne. Le service prévient ensuite l'entourage ou les urgences.

4) La plateforme des services à la personne

Grand Poitiers et la CAPC se sont associés les services du CIR-SP (Centre d'Informations et de Ressources des Services à la Personne) pour mener à bien un travail consistant à examiner les potentialités et difficultés du territoire et imaginer des outils permettant de mieux structurer un secteur d'activité si essentiel pour la population locale tant du point de vue des services offerts que des emplois générés.

La création de cette plateforme en septembre 2012 répond à une triple motivation :

- Accroître la satisfaction des bénéficiaires et clients
- Améliorer significativement et continuellement la qualité des interventions en professionnalisant les intervenants du domicile
- Favoriser le gain de temps des encadrants par une aide au recrutement et bien entendu développer le nombre d'interventions et le chiffre d'affaire des prestataires de services.

Trois axes complémentaires sont apparus essentiels pour la bonne marche du secteur :

- Organiser la qualification et la professionnalisation (intermédiaire de formation avec 7 organismes de formation afin de proposer un catalogue de formations aux 25 adhérents ; développement de relais d'assistantes de vie organisés par la MFR d'Ingrandes auxquels peuvent participer les employés de service, les employés en gré à gré et même les aidants)
- Mettre en relation l'offre et la demande d'emploi (création d'une CVthèque avec un service de pré-recrutement de personnes extérieures ; une candidathèque permettant de mutualiser un même poste entre différentes structures avec pour objectif de compléter les temps de travail et/ou remplacer les absences)
- Mettre en relation l'offre et la demande de services (renseignements du public sur le droit du travail ; orientation du public vers trois structures d'aide à domicile répondant aux besoins de la personne via une plateforme téléphonique ; suivi des structures pour le respect du droit du travail)
- Mettre à disposition des adhérents différents services : organisation de cafés de la plateforme autour de thématiques choisies ; adhésion à une centrale d'achat pour les services à la personne

Les objectifs de cette plateforme des services de l'aide à domicile sont notamment de travailler à une modélisation économique des structures pour dégager des leviers et de prévenir les risques professionnels avec les services et les salariés.

Des axes de travail vont s'engager sur la constitution d'un mini-parc de voitures pour les salariés qui n'auraient pas de moyen de locomotion pour travailler et un travail avec les EHPAD pour des passerelles d'emploi entre le secteur à domicile et l'institution.

Le territoire d'intervention de la plateforme est actuellement concentré sur un axe Poitiers-Châtelleraut-Loudun mais l'objectif est qu'à terme, la plateforme couvre l'ensemble du département. La plateforme des services de l'aide à domicile est financée par l'Etat, le Conseil Général, le Fonds Social Européen, le Grand Poitiers, la Communauté d'Agglomération de Poitiers, le Conseil Régional et par les adhésions des services.

En effet, les services doivent adhérer à la plateforme pour bénéficier de ses services et figurer sur la liste des services vers lesquels la plateforme peut orienter le public.

Fin 2014, la plateforme des services compte 25 services adhérents.

5) Discussion

On peut noter une inégale répartition de l'offre de services d'aide à domicile entre les deux territoires MAIA, avec une concentration dans les zones urbaines donc sur le territoire MAIA Nord. Le choix de l'utilisateur est plus limité dans le territoire Sud.

L'aide à domicile est souvent identifiée comme un pivot dans l'accompagnement des personnes de par la fréquence et la régularité de ses interventions et sa connaissance fine de l'histoire de vie de la

personne. Cependant, elles sont souvent en difficulté pour accompagner des usagers présentant certaines pathologies (maladie neuro-dégénératives, troubles psychiatriques, ...).

Les services d'aide à domicile rencontrent certaines difficultés à former leur personnel : turn-over des équipes, coût de la formation, difficulté à gérer l'absence des professionnels qui partent suivre une formation, difficulté à organiser une formation pour un petit nombre d'agents, ...

Les aides à domicile combrent parfois certains besoins de la personne auxquels les autres professionnels ne peuvent répondre : aide à la toilette lourde, pose des bas de contention, préparation des piluliers... ce qui les met en difficulté au regard de leurs missions légalement définies.

En cas de difficulté à domicile, les services d'aides à domicile n'hésitent pas à interpellier les CLIC ou Réseaux gérontologiques présents sur le territoire.

Afin de préparer au mieux le retour à domicile d'une personne hospitalisée, certains services se déplacent à l'hôpital afin de rencontrer la personne et préciser ses besoins en lien avec l'équipe hospitalière.

Un des freins à la mise en place de la téléalarme peut être l'absence d'entourage. En effet, certains services exigent les coordonnées d'un voire deux membres de l'entourage pouvant intervenir au domicile de la personne, si celle-ci déclenche le service. Les personnes les plus isolées se trouvent pénalisées d'un service qui est censé leur être destiné...

Par ailleurs, ce service a un coût non négligeable : en moyenne une trentaine d'euros par mois, mais cela peut monter jusqu'à 45€. Certains services modulent leurs tarifs en fonction des revenus des personnes. Il faut aussi parfois ajouter des frais d'installation.

6) Le transport

L'organisation et le maillage du territoire en modes de transport adaptés pour les personnes âgées sont des facteurs importants de continuité du parcours de santé de la personne âgée. Déterminant dans le maintien de liens sociaux, indispensable pour se rendre à des rendez-vous médicaux, le transport pêche cependant en de nombreux points...

Le transport médicalement justifié vers une structure sanitaire, pris en charge par l'Assurance Maladie, est limité à certaines situations précises :

- entrée ou sortie d'hospitalisation
- actes ou de soins médicaux liés à l'ALD du patient, et uniquement pour le professionnel ou la structure sanitaire la plus proche du domicile du patient
- nécessité médicale d'un transport par ambulance (brancardage, oxygène...) pour se rendre à une consultation

Si le patient nécessite un déplacement de plus de 150 kms de son domicile, l'accord de l'Assurance Maladie est indispensable pour la prise en charge du transport (avis du Médecin conseil).

L'Assurance Maladie ne prend pas en charge le transport vers des structures médico-sociales.

Pour les autres motifs de transport, plusieurs solutions sont envisageables.

Certains services d'aide à domicile proposent d'accompagner les personnes âgées en voiture à des rendez-vous ou pour faire des courses. L'ADMR, l'APEF, Age d'Or Services, sont dans cette dynamique.

Cette solution permet un accompagnement individualisé et adapté aux capacités de la personne. L'aide à domicile peut en effet aider la personne à sortir de chez elle. Mais ce service a un coût qui peut être élevé pour certaines personnes : en plus de l'heure d'aide à domicile facturée au bénéficiaire, un tarif au kilomètre est appliqué.

En dehors de ces transports, la personne âgée doit utiliser le taxi ou solliciter sa famille.

Discussion :

La problématique de la mobilité/du transport des personnes âgées vivant en milieu rural a été soulevée par les membres de la table tactique du dispositif MAIA Sud Vienne.

Cette thématique est une préoccupation commune des acteurs du Sud Vienne :

- Axe de travail du Contrat Local de Santé des Communautés de Communes du Montmorillonnais et du Lussacois
- Axe de réflexion du Conseil Général de la Vienne dans le cadre du Schéma de l'Autonomie et du Schéma départemental des transports
 - Fiche action 1 : Faciliter l'accès à l'information et l'orientation des personnes
 - Fiche action 14 : Faciliter la mobilité des personnes âgées sur les territoires pour l'accès aux services, en lien avec le Schéma Départemental des Transports Interurbains (SDTI)
- Axe de réflexion de la MSA Sèvres-Vienne (notamment dans le cadre de la Charte de territoire de solidarité aux aînés)
- Axe de réflexion de certaines mairies du Sud Vienne
- Axe de travail du groupe acteurs locaux mobilité du Montmorillonnais
- Axe de réflexion su SCoT Sud Vienne

Un groupe de travail, composé des représentants des acteurs préoccupés par cette problématique, s'est mis en place en novembre 2014 afin de mener une réflexion.

Afin de s'articuler aux politiques locales de santé du territoire, ce groupe de travail, porté par la MAIA Sud Vienne s'inscrit dans le cadre du CLS des Communautés de Communes du Lussacois et du Montmorillonnais.

Lors de la 1^{ère} réunion, les participants ont soulevés un certain nombre de freins et leviers.

Les freins :

- Difficultés des personnes isolées pour se rendre à des RDV médicaux, à des activités de loisirs
- Concernant les solutions de répit et notamment l'accueil de jour, la problématique du transport a été relevée et notamment la problématique de l'épuisement de l'aidant
- Difficultés pour les aidants à se rendre à l'hôpital
- Il existe beaucoup de choses sur le territoire, mais le problème est que l'utilisateur n'a pas accès à cette information. Il existe un réel problème de communication.
- Des choses existent sur le territoire en termes de transport mais elles ne sont pas adaptées à un public âgé, notamment à un public en perte d'autonomie
- Activités qui existent à destination du public âgé mais les personnes n'ont pas de moyen de transport pour s'y rendre
- Problématique du coût, du financement du transport
- Quel est le droit des mairies en termes de transport ?

- Problématique des professionnels, structures qui se rendent de moins en moins au domicile de la personne âgée

Les leviers :

- Mutualisation de véhicules entre plusieurs structures
- Initiatives qui existent dans d'autres départements (: ex taxi à 1 euro)
- Transport accompagné
- Des financements possibles
- Anticiper cette problématique du transport
- Développer le covoiturage
- Dispositifs qui existent pour le public âgé : (ex : chèque sortir + , SAMAIID, etc.)
- Nécessité d'un travail sur la proximité
- Nécessité d'un travail en transversalité

Deux grands objectifs de travail ont ensuite été définis afin de mener cette réflexion sur le Pays Montmorillonnais. Il s'agira de :

- Faire un état des lieux de manière à évaluer les besoins des personnes âgées en termes de mobilité.
- Recenser tout ce qui existe sur le territoire en terme de transports, de dispositifs, de financement pour que tout le monde ait le même niveau d'information.

E. Les services tutélaires

La maladie, l'avancée en âge peuvent altérer les facultés d'une personne et la rendre incapable de défendre ses intérêts. Le juge peut alors décider d'une mesure de protection juridique (tutelle, curatelle...) par laquelle une autre personne l'aide à protéger ses intérêts. La protection doit être la moins contraignante possible, et est en priorité exercée par la famille quand cela est possible.

Les mandataires judiciaires dépendant des services de tutelle ou familiaux exercent leur intervention sur nomination du juge des tutelles et en fonction des missions indiquées par celui-ci.

1) Les différentes mesures de protection

La **sauvegarde de justice** permet la désignation d'un mandataire spécial généralement lorsque la personne a des difficultés à gérer son budget. La sauvegarde de justice est attribuée pour 1 an maximum. Elle est d'exécution immédiate.

La **curatelle simple** permet à la personne de gérer elle-même le quotidien mais le mandataire accompagne les actes de disposition (actes mettant en jeu le patrimoine de la personne : vente ou acquisition de biens...).

La **curatelle renforcée** donne au mandataire judiciaire la capacité à gérer le quotidien en plus de son accompagnement pour les actes de disposition.

La **tutelle** donne au mandataire judiciaire la capacité de représenter la personne pour tous les actes : financier, décision de santé, vie civile... Il intervient seul pour les actes de disposition. La perte des droits civiques est une exception : elle doit être prononcée expressément par le juge.

La curatelle et la tutelle sont prononcées pour 5 ans maximum et la personne bénéficie d'un délai de recours de 15 jours à réception du jugement avant que la décision ne devienne exécutoire.

Le mandataire représente les intérêts de la personne dans son intégralité et dans toutes ses dimensions. Il a pour mission d'aider au maintien à domicile de la personne âgée en mettant des aides en place (services ou matériels), aide à la gestion du patrimoine de la personne, la représente pour les actes de la vie civile pour les mesures de protection le prévoyant, peut assister aux rendez-vous médicaux si cela est nécessaire et que la personne en fait la demande...

Le mandataire judiciaire ne peut décider seul de l'entrée en EHPAD de la personne, il doit nécessairement recueillir son accord. En cas de désaccord entre la personne et le mandataire, le juge arbitrera.

La mesure de protection peut à tout moment être suspendue par le juge si la personne ou sa famille en demande la main-levée et que les conditions y sont favorables.

Le mandataire, professionnel ou familial, rend compte de sa gestion une fois par an au juge des tutelles.

2) Comment demander une mesure de protection ?

La famille peut adresser un courrier au juge des tutelles avec un certificat médical d'un médecin expert attestant de l'altération des facultés de la personne. La saisine est alors directe.

Les autres personnes (voisin, service social d'un établissement ou d'un acteur de la coordination gériatrique...) saisissent le Procureur de la République en lui joignant un certificat médical d'un médecin agréé ainsi qu'un rapport social motivant la demande.

La personne sera entendue par le juge des tutelles ainsi que les membres de sa famille susceptibles d'exercer la mesure de protection.

Si les membres de la famille se mettent d'accord pour désigner un mandataire parmi eux, le juge peut le désigner pour exercer la mesure, si cela n'est pas contraire aux intérêts de la personne.

Dans le cas contraire, il désignera un mandataire judiciaire d'un service habilité ou un mandataire judiciaire exerçant à titre privé.

Le majeur participe au financement de sa mesure en versant au mandataire une somme déterminée selon un pourcentage de ses revenus.

La liste des mandataires judiciaires privés peut être obtenue auprès de la Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale au **05.49.42.30.00**.

Le **Collectif des Associations et Services Tutélaires de la Vienne** peut aider les mandataires familiaux dans leurs démarches et les conseiller. Des permanences sont assurées à Châtelleraut et Poitiers : istf86@udaf86.asso.fr

F. La médiation familiale

La médiation est un processus amiable de résolution des conflits, qui prévoit l'intervention d'un tiers (le médiateur) neutre, impartial et indépendant, dont le rôle est de faciliter la recherche d'une solution en permettant notamment aux parties de renouer le dialogue et de surmonter ainsi leurs différends.

La médiation familiale sert à clarifier la situation de chacun, leur faire exprimer leurs sentiments et renouer le dialogue. Le médiateur accompagne les familles dans la recherche de solutions concrètes.

Le médiateur est un professionnel diplômé d'Etat qui intervient dans un cadre précis défini en concertation avec l'ensemble des personnes concernées. C'est une démarche volontaire à laquelle chacun doit adhérer. Le médiateur travaille sur la base d'entretiens individuels et collectifs. Il est tenu à la confidentialité et ne peut en aucun cas rendre compte du contenu des entretiens (ni même au juge).

La médiation familiale peut s'inscrire en complémentarité du travail relationnel des travailleurs sociaux ou des aidants familiaux auprès des personnes âgées et de leurs familles, au sein de leur point d'accueil ou dans les institutions.

Au terme de la médiation, les décisions peuvent être consignées sur un document qui pourra éventuellement être homologuées par un magistrat si cela est souhaité.

Pour les familles, la première rencontre est informative, gratuite et sans engagement.

Une participation financière est ensuite demandée à chacun en fonction de ses ressources et selon le médiateur contacté.

La CAF a agréé 2 services de médiation familiale dans la Vienne : l'association AFCCC (Association Française des Centres de Consultation Conjugale) et le PRISM/ADSEA (Pôle Réparation pénale Investigation Soutien et Médiation / Association Départementale de Sauvegarde de l'Enfant à l'Adulte).

L'association AFCCC tient également des permanences au CHU de Poitiers, à l'Espace Informations Seniors, deux fois par mois, pour apporter conseil et informations aux familles le désirant.

Le nouveau projet de vie de la personne âgée qui se dessine avec la perte d'autonomie peut cristalliser des tensions familiales qui existaient déjà ou naissantes entre les enfants ou entre les enfants et les parents : entrée en EHPAD à envisager mais non souhaitée par les parents ou les enfants, aides à mettre en place... La médiation familiale peut aider à trouver des accords acceptables par tous.

PARTIE 3

Les dynamiques territoriales

I. LE CONTRAT LOCAL DE SANTE

Le Contrat Local de Santé est une mesure innovante de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires (dite Loi HPST).

L'ambition du Contrat Local de Santé (CLS) est de renforcer la qualité du partenariat autour de la politique de santé mise en œuvre au niveau local, dans le respect des objectifs poursuivis par le Projet Régional de Santé (PRS) de l'Agence Régionale de Santé.

Le CLS propose un pilotage unifié et décloisonné sur différents champs :

- La prévention des risques et la promotion de la santé (dont les problématiques de santé-environnement)
- Les soins ambulatoires et hospitaliers
- L'accompagnement médico-social (et au besoin la veille et la sécurité sanitaire).

Cette ambition permettra la coordination des financeurs, des acteurs, et des politiques publiques impactant la santé.

Le CLS vise :

- À consolider le partenariat local et à soutenir les dynamiques locales sur des questions de santé, en favorisant une prise en compte globale de la politique régionale de santé, et en tenant compte des spécificités du territoire,
- À développer des conditions environnementales et sociales favorables à l'état de santé des populations,
- À promouvoir et garantir le respect des droits des usagers du système de santé,
- À faciliter l'accès de tous, et notamment des personnes démunies, aux soins, aux services, à la promotion et à la prévention.

Le CLS a l'objectif transversal de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé.

Le Contrat Local de Santé des Communautés de Communes du Montmorillonnais et du Lussacois - 2013 - 2016

Dans les années futures, le nombre de départ à la retraite de professionnels de santé, notamment de médecins, apparaît significatif. Dans l'état des pratiques actuelles et modes d'exercice, leur renouvellement n'est pas assuré, ce qui se traduira inévitablement par des difficultés d'accès aux soins de la population sur le territoire du montmorillonnais notamment.

Les Communautés de Communes du Montmorillonnais et du Lussacois entendent anticiper le phénomène pour maintenir et préparer les conditions d'une continuité des soins sur leurs territoires.

En effet, l'accès aux soins devient un critère et un facteur d'attractivité et de développement des territoires voire de maintien des populations actuelles en secteur rural. En outre, la recrudescence de la précarité sur ces zones géographiques inquiète les décideurs et acteurs locaux.

Le Contrat Local de Santé (CLS) a été signé le 9 décembre 2013 pour 3 ans. Le périmètre du CLS choisi est le territoire des communautés de communes du Montmorillonnais et du Lussacois qui regroupent 47 communes.

Le Contrat Local de Santé a pour objectif de soutenir les dynamiques locales de santé, sur le territoire des communautés de communes du Montmorillonnais et du Lussacois, en favorisant une prise en compte globale de la politique régionale de santé, et en tenant compte des spécificités des territoires.

Le CLS a pour objet premier de travailler sur 4 axes stratégiques :

- L'accès aux droits et aux soins
- La préservation et l'accompagnement de la perte d'autonomie des personnes âgées
- Le développement de l'attractivité du territoire
- La prévention et la promotion de la santé

Les axes prioritaires de santé traités dans le CLS des communautés de communes du Montmorillonnais et du Lussacois se déclinent en plusieurs axes thématiques de manière à répondre aux besoins prioritaires de santé identifiés sur le territoire.

Ces axes sont déclinés en fiches actions :

Axe1 : Accès aux droits et aux soins

- *Action n°1 : Améliorer le repérage et la prise en charge des situations difficiles.*
- *Action n°2 : Identifier les logements et le cadre de vie non favorable à la santé.*
- *Action n°3 : Améliorer l'accès aux bilans de santé.*
- *Action n°4 : Favoriser l'information et l'accompagnement du public vulnérable*
- *Action n°5 : Améliorer le repérage et la prise en charge des victimes et auteurs de violences intrafamiliales.*

Axe 2 : Préservation et accompagnement de la perte d'autonomie des personnes âgées

- *Action n°6 : Soutenir l'aide aux aidants familiaux.*
- *Action n°7 : Développer les prises en charges innovantes.*
- *Action n°8 : Développer les programmes de préservation de l'autonomie.*
- *Action n°9 : Développer la coordination entre les acteurs du territoire à travers la création d'une MAIA sur le Sud Vienne.*

Axe 3 : Attractivité du territoire

- *Action n°10 : Favoriser l'installation de nouveaux professionnels de santé.*
- *Action n°11 : Promouvoir les acteurs du territoire et l'offre de soins et de services.*

Axe 4 : Prévention et promotion de la santé

- *Action n°12 : Valoriser le rôle et les services du centre hospitalier de Montmorillon.*
- *Action n°13 : Renforcer la prévention sur les addictions.*
- *Action n°14 : Promouvoir la santé mentale.*
- *Action n°16 : Prévention des cancers*

Axe transversal : Pilotage du CLS

- *Action n°15 : animation du Contrat Local de Santé*

54 actions ont été programmées sur les 3 ans du CLS : fin décembre 2014, 22 d'entre elles ont été réalisées, 25 sont en cours, 16 ne sont pas encore commencées et 1 seule a été annulée.

Deux instances sont mises en place pour permettre une mise en œuvre partenariale du contrat : un comité de pilotage (COPIL) et un comité technique (COTECH).

II. LE SCHEMA DE COHERENCE TERRITORIAL SUD VIENNE

Le Schéma de Cohérence Territoriale (SCoT) est un document d'urbanisme qui détermine, à l'échelle de plusieurs groupements de communes, un projet de territoire visant à mettre en cohérence l'ensemble des politiques sectorielles notamment en matière d'urbanisme, d'habitat, de déplacements et d'équipements commerciaux, dans un environnement préservé et valorisé.

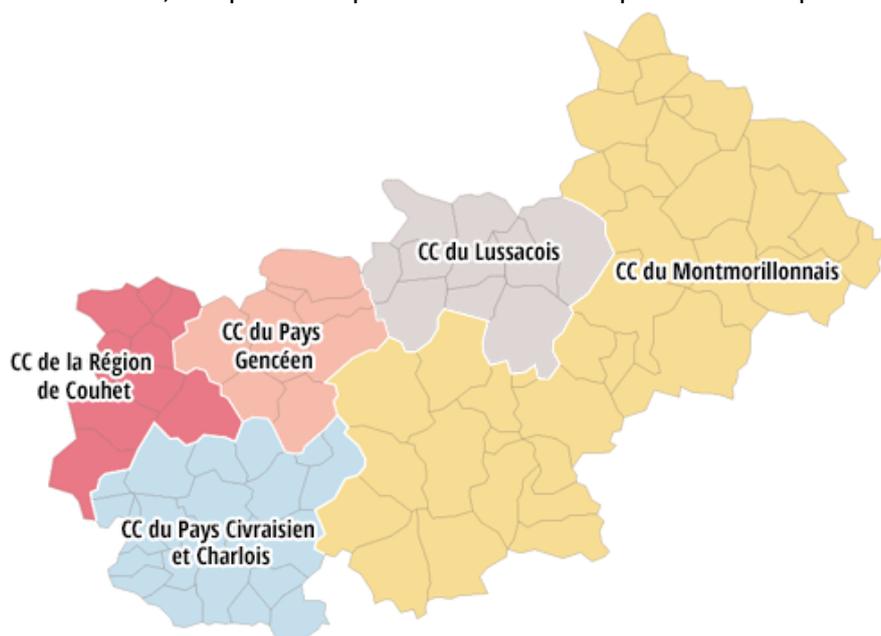
Il a été instauré par la loi SRU du 13 décembre 2000. Le code de l'urbanisme fixe le régime des SCoT aux articles R.122-1 et suivants. Il prévoit que les communes qui ne seront pas couvertes par un SCoT au 1er janvier 2017, ne pourront plus ouvrir leur territoire à l'urbanisation. Ce dispositif a été renforcé par la loi 2014-366 du 24 mars 2014 dite pour l'Accès au Logement et Urbanisme Rénové« ALUR ».

Sur l'initiative du Conseil Général, les pays Civraisien et Montmorillonnais se sont rapprochés pour réfléchir ensemble à la construction d'un territoire de SCoT. Il est apparu pertinent aux élus du Civraisien et à ceux du Montmorillonnais de travailler ensemble pour former un territoire d'un seul tenant et sans enclave. Les deux pays présentent des caractéristiques communes : ils sont peu dotés en documents d'urbanisme ; Civray d'un côté, Montmorillon de l'autre représentent des centralités ; ce sont des territoires ruraux à forte identité agricole. Il convenait également de prendre en compte les démarches déjà entamées ou abouties des territoires voisins : le Seuil du Poitou (Poitiers-Châtelleraut), le Mellois dans les Deux-Sèvres, le Ruffécois en Charente, un syndicat ad-hoc dans l'Indre. L'élaboration d'un SCoT pour le Sud Vienne, permettra au territoire de faire reconnaître ses propres enjeux et d'affirmer son projet politique.

Les échanges et réflexions menés dans le cadre d'une association de préfiguration créée par les élus début 2013 ont abouti à la détermination du périmètre d'étude ainsi qu'à la création d'un syndicat mixte dédié (le Syndicat Mixte du SCoT Sud Vienne) validées par arrêtés du préfet le 29 octobre 2013. La délibération du Syndicat Mixte du 7 février 2014 marque le lancement de la procédure d'élaboration du SCoT Sud Vienne.

Situé dans l'arrondissement de Montmorillon, siège de la sous-préfecture, le territoire est composé de 87 communes et de 5 communautés de communes (Communautés de Communes des pays Civraisien et Charlois, de la région de Couhé, du pays Gençéen, du Lussacois, du Montmorillonnais) .

D'une superficie de 2 609 km², il représente plus du tiers de la superficie du département.



D'environ 62 000 habitants, le territoire est peu dense (24 habitants/km²) et la répartition de la population est assez inégale. Au Nord-Ouest, sur les cantons actuels de Lussac Les Châteaux, Gençay et Couhé, est établie une population plutôt jeune, active et mobile. Après avoir longtemps décliné, cette population est sur le point de rattraper, voire de dépasser la population qu'elle atteignait dans les années 70.

Par contre, les cantons périphériques Sud et Est du territoire subissent encore une décroissance de population amorcée depuis plusieurs décennies, conjuguée à un vieillissement accentué.

Toutefois, le dynamisme des cantons situés le plus au Nord a permis de stabiliser la population globale du territoire.

Le SCoT a pour objectif de développer les facteurs d'attractivité du Sud Vienne et permettre un développement cohérent et harmonieux du territoire en matière de logement, de services aux habitants, de transport, d'environnement et d'économie. Plus précisément, il a pour objectifs :

- Maîtriser l'étalement urbain, consommateur d'espace et générateur de déplacements.
- Permettre un développement urbain maîtrisé autour d'exigences qualitatives, notamment en tenant compte de la morphologie traditionnelle des villes et villages.
- Favoriser le dynamisme et l'attractivité du territoire.
- Garantir un développement solidaire et équilibré.
- Assurer une meilleure accessibilité de tous aux commerces et services.
- Valoriser les infrastructures existantes et projetées pour un développement économique cohérent.
- Conserver les diversités paysagères et naturelles qui contribuent fortement à l'identité locale et à l'attrait touristique.
- Préserver et valoriser le patrimoine bâti.
- Préserver et valoriser les écosystèmes remarquables.
- Maintenir les activités agricoles et forestières, tout en assurant l'équilibre entre ces espaces, afin de maintenir l'attractivité territoriale.
- Développer un projet cohérent et partagé, respectueux de l'identité rurale du territoire.

Sur le plan des enjeux, il s'agit principalement :

- De stabiliser la population du montmorillonnais
- De développer les implantations industrielles et commerciales afin d'enrayer le processus de « communes-dortoirs » de la frange NO, de limiter les migrations pendulaires, de renforcer le commerce local, de maintenir sur place la population active.
- De développer l'accès au numérique très haut débit pour les entreprises et les particuliers (consultation médicale à distance, téléalarme, etc..)
- De résorber les zones blanches de téléphonie mobile
- De maintenir l'offre de services publics, sous des formes modernisées
- De développer le maintien à domicile des personnes âgées par l'adaptation des logements et les technologies numériques.
- De renforcer les services à domicile
- De contribuer à la lutte contre la précarité énergétique
- De susciter le développement d'une industrie agro-alimentaire
- Développer les circuits courts et l'agriculture responsable
- De structurer les axes de développement du territoire
- De développer l'utilisation des transports collectifs ferroviaires

Le SCoT se construit à l'aide de commissions mises en place pour travailler sur différentes thématiques, qui sont autant de lieux de débat sur l'avenir du territoire. Ces commissions sont ouvertes à tous (élus, acteurs socioprofessionnels, associations, habitants).

Leurs travaux permettront de formuler les orientations sur l'aménagement du territoire qui donneront au SCoT ses lignes directrices.

Il existe 4 commissions thématiques qui vont être mobilisées dans le cadre de la concertation prévue à l'élaboration du document de SCoT :

- Territoire et environnement : organisation du territoire, consommation et occupation de l'espace, paysages et environnement, carrières.
- Economie : tourisme, industrie, commerce, agriculture, services aux entreprises, emplois, formation, développement du numérique.
- Démographie et services : bassins de vie, démographie, relations sociales et économiques, équipements et services
- Habitat et déplacements : habitat, logement, urbanisme, transports et déplacements, énergie-climat.

Source : SCoT Sud Vienne (<http://www.scot-sudvienne.fr/>)

DIAGNOSTIC DE TERRITOIRE MAIA SUD VIENNE

31/05/2015

Ce diagnostic est élaboré à l'attention de tous les acteurs du territoire et a vocation à être enrichi et actualisé par les partenaires du territoire.

N'hésitez pas à nous informer de toute modification à y apporter, de créations, d'innovations à y ajouter...

Réalisé par :

*Melle Sarah DUJONCQUOY,
Responsable du dispositif MAIA Sud Vienne
203 Route de Gençay
86280 SAINT BENOIT*

Tél : 05.49.30.80.70

Courriel : sarah.dujoncquoy@esante-poitou-charentes.fr