



SCHÉMA RÉGIONAL D'ORGANISATION MÉDICO-SOCIALE PERSONNES AGÉES

Révision 2014

L'aide aux aidants	3
Le lieu de vie	5
Les maladies neuro-dégénératives	9
La coordination gériatrique	12
Les dispositifs de répit	15
Les services de soins infirmiers à domicile et les services d'aide à domicile.....	18

L'aide aux aidants

Domaines stratégiques

Vieillesse

Priorités

L'aide aux aidants
Les maladies neuro-dégénératives

Objectifs généraux du PSRS

L'aide aux aidants	Développer la connaissance des pathologies et des handicaps pour les aidants. Dispenser aux aidants familiaux, aux associations et aux professionnels des formations adaptées.
Les maladies neuro-dégénératives	Participer à l'amélioration des compétences des intervenants à domicile

Contexte et enjeux

Le secteur de l'aide à domicile se professionnalise depuis quelques années malgré des difficultés de financement. De même pour les départements qui ont développé l'accueil familial, des actions de formation apparaissent nécessaires. La CNSA à travers la section IV de financement offre des possibilités d'accompagnement financier.

Il convient notamment de souligner que l'association France Alzheimer a signé une convention de partenariat avec la CNSA pour mettre en place des actions de formation au profit des aidants familiaux, avec prise en charge simultanée de la personne âgée à son domicile.

Objectifs opérationnels

Accompagner les conseils généraux dans la modernisation et la professionnalisation des services d'aide à domicile :

Action 1 : Faciliter les démarches des conseils généraux auprès de la CNSA

Action 2 : Encourager la mutualisation des formations organisées par les services d'aide à domicile – SAD-(minimiser les coûts de formation et faire partager les expériences entre professionnels).

Action 3 : Participer au suivi des actions mises en place.

Action 4 : Mettre en œuvre, en lien avec les conseils généraux, des contrats pluriannuels de retour à l'équilibre avec les services d'aide à domicile (SAD) en difficulté financière.

Renforcer la formation et le soutien aux aidants familiaux

Action 1 : Augmenter et diversifier, sur chaque territoire, le nombre d'actions de formations réalisées par des organismes agréés conjointement avec les conseils généraux.

- Soutenir la formation des accueillants familiaux en réalisant des appels à candidature sur

chaque territoire

- Accompagner notamment l'association France Alzheimer dans le déploiement des actions de formations d'aide aux aidants familiaux, de groupe de parole en soutien aux aidants en prévoyant la prise en charge simultanée des malades.

Action 2 : Encourager et suivre la création de plateformes territoriales de répit où seront intégrés conseil, orientation, offre de service avec un soutien aux familles.

- Offrir sur chaque territoire une palette diversifiée de dispositifs de répit qui correspondent aux besoins des personnes âgées et aux attentes des aidants.

Financement

Section IV et section V de la CNSA.

Indicateurs de suivi

- Nombre d'accidents vasculaires cérébraux (AVC)
- Nombre de maladies d'Alzheimer ou autres maladies dégénératives
- Nombre de conventions signées avec les SAD
- Nombre d'actions de formation engagées auprès des organismes agréés et l'association France Alzheimer
- Nombre de plateformes de répit installées, file active et nombre d'actions réalisées

Le lieu de vie

Domaine Stratégique

Vieillesse

Priorité

L'accompagnement de la perte d'autonomie en respectant le choix de la personne âgée pour son lieu de vie.

Objectif général du PSRS

- Permettre, dans une recherche constante d'adéquation entre liberté du citoyen et protection de la personne, à chaque personne âgée de rester acteur de sa vie et de respecter son projet de vie en fonction de son désir et de sa sécurité.
- Réduire les écarts intra-régionaux en matière d'équipement, en synergie avec un maillage territorial adapté de l'offre sanitaire.

Contexte et enjeux

L'hébergement en EHPAD ne représente qu'une partie des services en faveur des personnes âgées dont le recours y est de plus en plus tardif (en 2007 l'âge moyen d'entrée est de 80 ans pour les hommes et 83 ans pour les femmes) avec des durées de séjours de plus en plus courtes (3 ans et 4 mois en 2007). Les entrées en institution sont moins motivées par le désir de vie collective que par les difficultés à surmonter au quotidien les obstacles à la vie individuelle. Ainsi il est régulièrement noté une aspiration très forte des personnes âgées pour rester à domicile.

Dans le cadre de la mise en œuvre du Plan Solidarité Grand Age, la région Poitou-Charentes a atteint en 2010 son quota régional de création de places en EHPAD. Ainsi, sur la période 2006-2012, 2 461 places d'EHPAD ont été installées et il reste 1 424 places à installer au 1^{er} janvier 2013 dont près de la moitié en Charente Maritime (735 places). Les écarts d'équipement entre les départements ont été réduits. Seul le territoire de la Charente Maritime-Sud et Est s'écarte de la moyenne régionale (98 lits pour 1000 habitants de plus de 75 ans contre 126).

Par ailleurs, la pénurie de personnel infirmier au sein de l'EHPAD en cas d'incident peut conduire à un recours aux urgences, d'où la nécessité de couvrir les amplitudes les plus larges possibles en fonction des moyens. Il doit être tenu compte également des problèmes de démographie médicale sur certains territoires et des relais de plus en plus difficile à trouver avec les médecins généralistes et les infirmiers libéraux.

En outre, les EHPAD sont appelés à accueillir des personnes âgées de plus en plus dépendantes en particulier sur le plan psychique (troubles cognitifs majeurs) associé à une poly-pathologie. Ces personnes âgées sont particulièrement fragiles. Il importe donc de développer une organisation mieux adaptée et coordonnée entre les acteurs sanitaires et médico-sociaux.

Cette évolution doit être prise en compte dans la gestion des ressources humaines des EHPAD

Objectifs opérationnels

Réduire les disparités d'équipement en EHPAD entre les départements et poursuivre l'installation des places autorisées

Action 1 : Permettre au territoire de la Charente d'atteindre le niveau d'équipement régional.

- Déterminer sur le territoire de santé de la Charente, les zones d'implantation prioritaires.
- Créer les prochaines places d'EHPAD sur le territoire de santé de Charente.

Action 2 : Permettre au territoire de la Charente-Maritime d'atteindre le niveau d'équipement régional après avoir installé l'ensemble des places autorisées.

- Déterminer sur les territoires de santé de la Charente-Maritime, les zones d'implantation prioritaires au vu des taux d'occupation et des places disponibles.

Action 3 : Permettre au territoire de la Vienne de maintenir son taux d'équipement à la moyenne régionale

- Déterminer sur le territoire de santé de la Vienne, la zone d'implantation prioritaire.

Expérimenter le concept de plateforme de services intégrant le service à domicile (L'EHPAD de demain).

Action: Favoriser ce type d'expérimentation en définissant et partageant un cahier des charges nationales.

Garantir l'accessibilité et le maintien en EHPAD par une maîtrise des tarifs à la charge des résidents (reste à charge : prix de journée hébergement+participation à la dépendance).

Action : Faire référence à un prix de journée maximum parmi les critères du cahier des charges des appels à projet.

Développer la coordination, la prévention et la sécurisation des soins en EHPAD

Action 1 : Renforcer la présence infirmière en EHPAD

- Assurer une présence infirmière de 7h30 à 20h30 pour les établissements d'une capacité de plus de 60 lits et envisager des astreintes de nuit par mutualisation entre établissements. (Lors du renouvellement des conventions tripartites, vérifier les plannings infirmiers.)
- Assurer les astreintes infirmières de nuit pour renforcer la sécurité des soins et éviter certaines hospitalisations d'urgence. (Analyser les expérimentations en cours sur les départements et envisager une généralisation).

Action 2 : Développer sur les territoires la coordination et la coopération entre les établissements de santé et les EHPAD et entre les EHPAD

- Rédaction de conventions relatives à l'admission dans les établissements de santé et au retour en EHPAD.

- Développer des conventions-cadres entre établissements de santé et les EHPAD sur le champ de la prévention et de l'accès aux soins.
- Développer les mutualisations entre les établissements (expérimenter les groupements d'employeurs pour mutualiser les recrutements et les compétences spécifiques, mutualisation de services...)

Action 3 : Maintenir et/ou améliorer une prise en charge de qualité dans les établissements conformément aux recommandations de bonnes pratiques définies par l'Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM)

- Accompagner les EHPAD dans la définition de plans d'aide à l'amélioration de la qualité au travers des conventions tripartites et suite aux évaluations internes et externes
- Inciter à la diffusion des bonnes pratiques en lien avec l'assurance maladie sur des thématiques ciblées (iatrogénie médicamenteuse, risques de dénutrition, risques infectieux, chutes, lutte contre la douleur, accompagnement en fin de vie, réalisation des soins quotidiens d'hygiène bucco-dentaire dans les EHPAD.
- Organiser des réunions annuelles départementales d'information et de sensibilisation aux bonnes pratiques et à la gestion du risque.

Action 4 : Organiser un suivi des places disponibles.

- Accompagner le déploiement de l'outil « Trajectoire » dans les EHPAD

Promouvoir la professionnalisation et l'amélioration des conditions de travail des professionnels en EHPAD

Action 1 : Renforcer la mise en place d'actions de formation continue et qualifiante notamment dans le cadre du développement professionnel continu des soignants (DPC).

- Mettre en place des actions de formation « référent bientraitance en EHPAD »
- Permettre des échanges entre référents bientraitance par la mise en place du réseau « GAMME » (Groupe Autonome Mieux-traitance...)
- En partenariat avec les OPCA, financer des actions de formation qualifiante (cadre, IDE, AS/AMP...), ainsi que des actions de formation continue sur des thématiques ciblées (évaluation de la douleur chez la personne âgée, référent hygiène...).
- Organiser, en partenariat avec l'institut de formation des cadres, une action professionnalisante sur le management et l'organisation des soins à l'intention des infirmières coordinatrices (IDEC).
- Apporter aux directeurs d'EHPAD des outils de gestion des ressources humaines par une formation à la Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences (GPEC).

Action 2 : Améliorer les conditions de travail des professionnels des EHPAD

- Organiser une fois par an, un appel à candidature à l'intention des directeurs d'EHPAD pour initier des projets de prévention des risques professionnels (troubles musculo-squelettiques, rythmes de travail, et risques psycho-sociaux...).

Lien avec schéma régional de prévention

Santé au travail plan de prévention des lombalgies. Promotion de la bientraitance.

Lien avec le plan régional de gestion des risques

Mettre en place un suivi, une analyse des dépenses de soins, ainsi que des indicateurs de qualité et d'efficience.

Améliorer la qualité et l'efficience des soins en EHPAD, notamment en renforçant la coordination des soins et en favorisant la diffusion des bonnes pratiques de soins et de prescriptions.

Lien avec le schéma RH des métiers de la santé

Signature de conventions de partenariat avec les OPCA.

Financement

CNSA

Indicateurs de suivi

- Evolution du taux d'équipement par territoire.
- Nombre d'établissements de plus de 60 lits assurant une présence infirmière de 7h30 à 20h30.
- Nombre d'agents formés ou entrés en formation chaque année
- Suivi du nombre de référents bientraitance dans les EHPAD
- Taux de réalisation dans les EHPAD des évaluations internes et externes

Les maladies neuro-dégénératives

Domaine stratégique

Vieillesse

Priorité

Les maladies neuro-dégénératives

Objectif général du PSRS

Développer la prise en charge dans le cadre de filières identifiées et notamment

- développer les accueils de jours spécifiques et les hébergements temporaires,
- installer les unités spécifiques Alzheimer (UHR, PASA, MAIA).

Contexte et enjeux

Lorsque la maladie s'installe, chaque patient, chaque famille doit pouvoir trouver un mode de prise en charge adapté. La gestion du parcours de vie des malades atteints de la maladie d'Alzheimer requiert un niveau de compétences techniques et organisationnelles de plus en plus élevé pour les soignants, mais plus encore une coordination des intervenants professionnels et familiaux.

Une meilleure articulation entre les structures de soins, d'information et d'accompagnement doit permettre de construire un parcours de prise en charge personnalisé. Ainsi le dispositif des MAIA (maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades (MAIA) permettent, à partir d'une structure existante, de construire avec les partenaires institutionnels et les professionnels d'un territoire défini, de nouveaux modes de travail partenarial. Pour les personnes en situation complexe, les MAIA proposent un accompagnement rapproché et individualisé par un gestionnaire de cas.

Dans l'évolution de la maladie, peuvent survenir des périodes de crise. Dans ces cas, il est nécessaire de disposer de services de soins de suite et de réadaptation (SSR) adaptés par le biais des Unités Cognitives Comportementales (UCC) ainsi que des hôpitaux de jour gériatriques, qui permettent d'évaluer la personne âgée et d'assurer des programmes de rééducation cognitive permettant d'améliorer l'adaptation aux actes de la vie quotidienne.

En établissement, il convient d'améliorer l'accueil pour une meilleure qualité de vie des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer par la création :

- d'unités hébergement renforcées, lieux de vie et soins qui fonctionnent jour et nuit. Elle propose sur un même lieu l'hébergement, les soins, les activités sociales et thérapeutiques pour des résidents ayant des troubles du comportement sévères ;
- de pôles d'activité de soins adaptés qui accueillent dans la journée les résidents de l'EHPAD ayant des troubles du comportement modérés.

A domicile, il apparaît que la prise en charge est trop limitée à des soins de type nursing. Pour remédier à ce constat il est prévu la constitution d'équipes spécialisées pluridisciplinaires pour effectuer des séances de réhabilitation et d'accompagnement permettant le maintien des capacités existantes, la diminution des troubles du comportement ainsi que l'amélioration de la relation patient-aidant. Ces équipes spécialisées sont portées par des SSIAD.

L'ensemble de ces mesures constituent la déclinaison territoriale du plan national « Alzheimer et maladies apparentées » 2008-2012.

Objectifs opérationnels

Individualiser au sein des services de soins de suite et réadaptation (SSR) des unités cognitivo-comportementales d'une capacité de 10 à 12 lits.

Action 1 : Identifier au moins une UCC sur chaque département.

Action 2 : Suivre le fonctionnement des UCC en réalisant des visites de conformité

Offrir sur chaque territoire des capacités d'accueil en unité d'hébergement renforcé (UHR)

Action 1 : Suite à l'appel à candidature d'avril 2010 et des décisions d'implantation prises en juin 2010, suivre le fonctionnement des 9 UHR créées (5 UHR sanitaires et 4 UHR médico-sociales) en cohérence avec le cahier des charges sur les conditions de prise en charge des personnes.

Action 2 : Evaluer sur chaque territoire les besoins nouveaux en UHR

Développer dans les EHPAD les Pôles d'Activités et de Soins Adaptés (PASA)

Action 1 : Promouvoir des projets de qualité en sélectionnant les projets sur appel à candidature

Action 2 : Assurer l'évaluation et le suivi des 51 PASA pré-labellisés ou labellisés dans le cadre du plan Alzheimer 2007-2012 en cohérence avec le cahier des charges sur les conditions de prise en charge des personnes.

Action 3 : Evaluer sur chaque territoire les besoins nouveaux en PASA.

Reconnaître dans les établissements des unités pour accueillir les personnes âgées souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés.

Action 1 : Revoir les arrêtés d'autorisation eu égard à la réalité du fonctionnement des établissements, (mettre à jour FINESS).

Action 2 : Identifier les unités Alzheimer dans les conventions tripartites.

Créer dans les SSIAD au niveau régional 20 Equipes Spécialisées Alzheimer (ESA) dans la prise en charge à domicile des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

Action 1 : Lancer un appel annuel à candidatures dès les parutions des circulaires budgétaires.

Action 2 : Assurer une couverture géographique sur l'ensemble de la région.

Action 3 : Suivre le fonctionnement des 14 équipes spécialisées SSIAD déjà autorisées.

Assurer le déploiement infra-départemental des Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA)

Action 1 : Lancer un appel annuel à candidatures dès les parutions des circulaires budgétaires.

Action 2 : Accompagner la mise en place des 6 MAIA existantes et assurer leur suivi en

cohérence avec le cahier des charges national

Améliorer la qualité des prises en charge des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou des pathologies apparentées notamment en sécurisant les lieux de vie et en évitant la sensation d'enfermement.

Financement

CNSA et DAF

Indicateurs de suivi

- Nombre d'unités et de lits identifiés UCC
- Nombre d'unités d'hébergement renforcés créées
- Nombre de pôles d'activité de soins adaptés créés
- Nombre d'équipes spécialisées SSIAD créées
- Nombre de MAIA créées

La coordination gérontologique

Domaine stratégique

Vieillesse

Priorité

L'accompagnement de la perte d'autonomie en respectant les choix de la personne âgée pour son lieu de vie.

Objectif général du PSRS

Permettre, dans une recherche constante d'adéquation entre liberté du citoyen et protection de la personne, à chaque personne âgée de rester acteur de sa vie et de respecter son projet de vie en fonction de son désir et de sa sécurité ; lui donner les possibilités :

- de bénéficier des services d'une coordination gérontologique,
- de pouvoir bénéficier d'une hospitalisation à domicile (y compris dans une structure d'hébergement),
- de pouvoir bénéficier des services d'un SSIAD et des accompagnements spécialisés, notamment en fin de vie.

Contexte et enjeux

Depuis 10 ans les dispositifs d'information et de coordination se sont développés. Les centres locaux d'information et de coordination (CLIC) sont des lieux d'information pour les personnes âgées et les aidants sur l'ensemble des dispositifs de la prise en charge. Leur configuration est différente selon les départements. Les réseaux gérontologiques apportent une coordination sanitaire et médico-sociale. Dans certains départements l'ensemble du territoire départemental est couvert en CLIC avec parfois une coordination CLIC-réseau gérontologique proposant un numéro de téléphone unique facilitant ainsi l'information et l'accompagnement des personnes âgées et de leurs proches.

Il apparaît aujourd'hui une couverture territoriale inégale, des fonctionnements disparates et des articulations   améliorer.

Or, le manque de coordination entraîne une perte d'efficacité, d'efficience et peut altérer la qualité de la prise en charge. Inversement, la coordination a un c  t pour les établissements et les services. Aussi, en complémentarité et en cohérence avec les schémas gérontologiques, en partenariat avec les conseils généraux, l'enjeu est d'offrir sur l'ensemble de la région une réponse (aux patients, aux familles et aux professionnels) lisible, réactive, globale et coordonnée à la prise en charge des personnes. Par ailleurs, il convient de formaliser les modalités de prise en charge des patients accueillis dans les centres hospitaliers, les établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes (EHPAD), les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) les services de soins de suite et de réadaptation (SSR) et l'hospitalisation à domicile (HAD) par des conventions.

Le dispositif MAIA a précisément pour vocation de décloisonner les différents secteurs (sanitaire, médico-social et social) et d'organiser leur coopération selon un processus établi afin que tous les partenaires recensés sur un territoire de projet partagent des référentiels et des pratiques communes.

Objectif opérationnel

Apporter aux familles et aux professionnels une information et une plus grande lisibilité sur l'ensemble des dispositifs à l'échelle du département en renforçant l'information partagée entre la coordination gérontologique du Département, CLIC, réseaux de santé gérontologiques, structures sanitaires et médico-sociales.

Action 1 : Déployer le dispositif MAIA à partir de l'échelon de proximité (infra-départemental) par l'articulation des territoires d'intervention des différents partenaires.

Action 2 : Installer les MAIA dans le respect du processus défini dans le cahier des charges national :

- Elaborer un projet commun de territoire visant à améliorer le parcours des personnes âgées en perte d'autonomie
- Mettre en place sur les territoires d'intervention des MAIA des guichets intégrés
- Développer les systèmes d'information partagés au service de la coopération et de la connaissance

Etre en capacité d'offrir sur l'ensemble de la région une prise en charge coordonnée.

Action 1 : Revoir l'organisation territoriale et fonctionnelle actuelle des réseaux gérontologiques afin de couvrir les zones ne disposant pas de réseau.

Action 2 : Mutualiser les moyens d'information, de coordination et d'articulation entre les structures sanitaires et médico-sociales (Réseaux gérontologiques, CLIC, Conseil Généraux, établissements, MAIA...).

Mettre en place des conventions de prise en charge entre les centres hospitaliers, les SSR, les HAD avec les EHPAD et les SSIAD/SAAD.

Action 1 : Proposer des conventions de prise en charge entre établissements et services.

Action 2 : Réunir de manière trimestrielle CH, EHPAD, SSIAD/SAAD suivant la zone géographique concernée pour identifier les difficultés rencontrées par chacune des institutions.

Accompagner le développement des plateformes territoriales de service (structure proposant : hébergement permanent et temporaire, accueil de jour, halte répit, SSIAD, SAD, familles d'accueil CLIC/RSG MAIA).

Action 1 : Identifier les plateformes de service existantes par territoire et leur mode de fonctionnement en lien avec les conseils généraux.

Action 2 : Diffuser les modes de fonctionnement les plus opérationnels.

Faciliter les démarches des familles, lors de la recherche d'une place en établissement

Action 1 : Veiller à l'utilisation du dossier national d'admission en EHPAD.

Action 2 : Utiliser le dossier médico-administratif issu de « Trajectoire » pour les personnes âgées sortant de SSR cherchant une place en EHPAD.

Financement

CNSA

Indicateurs de suivi

- Nombre de conventions signées entre CH, EHPAD, SSIAD.

Les dispositifs de répit

Domaine stratégique

Vieillesse

Priorités

- L'aide aux aidants
- Les maladies neuro-dégénératives

Objectifs généraux du PSRS

L'aide aux aidants	Créer et accompagner des dispositifs et lieux de répit adaptés indispensables pour les familles et les structures.
Les maladies neuro-dégénératives	Développer la prise en charge dans le cadre de filières identifiées et notamment : - développer les accueils de jours spécifiques et les hébergements temporaires, - installer les unités spécifiques Alzheimer (UHR, PASA, MAIA).

Contexte et enjeux

Les structures de répit (accueil de jour et hébergement temporaire) doivent offrir les moyens de garantir une qualité de vie à domicile permettant, lorsque c'est le souhait des personnes et de leur entourage, de prolonger le maintien à domicile. Les taux d'occupation des accueils de jour sont très faibles et les hébergements temporaires sont détournés de leur finalité.

Concernant l'hébergement temporaire, une ambiguïté existe lors de l'évaluation quantitative de ce secteur d'activité. En effet, il peut être dénombré des places installées au titre de l'hébergement temporaire, mais cette activité d'accueil temporaire peut aussi être réalisée sur les autres places de l'établissement, indépendamment de celles installées au titre de l'hébergement temporaire. Souvent, l'hébergement temporaire apparaît comme un dispositif trop calqué sur l'hébergement permanent. Quant au dispositif d'accueil de jour, la circulaire du 25 février 2010 définit les modalités de mise en œuvre à appliquer.

Les structures d'accueil temporaire doivent développer une démarche d'encadrement des personnes âgées mais également d'accompagnement des aidants. Par ailleurs, une des conséquences majeures de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées est souvent pour les aidants, une perturbation de leur vie quotidienne, une souffrance psychologique et une dégradation de leur état de santé. De nombreux travaux ont montré que les aidants de patients déments sont plus sévèrement atteints que les patients atteints de pathologies autres.

Les conséquences pour l'aidant sont multiples: troubles dépressifs, troubles du sommeil, anxiété ; différentes études insistent sur l'importance de maintenir le lien aidant-aidé tout en prenant en charge particulièrement plus spécifiquement l'aidant.

Objectif opérationnel

Revoir les capacités minimales des accueils de jour fixées à 6 places lorsque l'accueil de jour est adossé à un EHPAD et dix places pour un accueil de jour autonome, sans exclure des modes de fonctionnement mutualisés déployés sur plusieurs sites territorialisés et/ou itinérants dans le respect du décret à venir.

Action 1 : Effectuer un inventaire de l'existant.

Action 2 : Solliciter les promoteurs sur leur intention (cession, extension regroupement).

Action 3 : Réviser l'ensemble des autorisations dont les capacités sont inférieures aux seuils énoncés ci-dessus.

Action 4 : Définir des zones de territorialisation des accueils de jour.

Action 5 : Délivrer de nouvelles autorisations aux établissements présentant un projet de prise en charge en accueil de jour incluant les modalités de transport avec un fonctionnement en réseau.

Apporter une visibilité des structures de répit (AJ+HT).

Action 1 : Faire des structures d'accueil temporaires un outil des réseaux.

Action 2 : Informer les services sociaux des centres hospitaliers des possibilités d'hébergement temporaires.

Action 3 : réaliser une cartographie des places AJ/HT autorisées et installées

Structurer les hébergements temporaires pour leur permettre d'offrir un hébergement dans les 24h en cas d'hospitalisation de l'aidant.

Action 1 : revoir les projets des structures offrant un hébergement temporaire.

Action 2 : définir des modalités d'admission souples et rapides.

Accompagner les aidants dans leur séparation avec les personnes malades.

Action : Revoir les projets des structures offrant un hébergement temporaire ou un accueil de jour avec des objectifs qualitatifs.

Centraliser l'information sur les places disponibles en accueil de jour et en hébergement temporaire.

Action : Mettre en place un outil de centralisation des places.

Favoriser les dispositifs expérimentaux ou innovants de type halte répit (garde itinérante de nuit, accueil de nuit, accueil de jour de courte durée) en lien étroit avec l'EHPAD de proximité.

Action 1 : Définir un cahier des charges régional concerté avec les quatre départements.

Action 2 : Effectuer une déclinaison territoriale de ce dispositif expérimental.

Favoriser le développement des plateformes de répit.

Action : Aider les porteurs de projet à mettre en place ce nouveau dispositif en s'appuyant notamment sur les projets déjà existants.

Financement

CNSA PRIAC

Indicateurs de suivi

- Taux d'occupation des accueils de jour
- Taux de structure d'accueil de jour ayant des capacités inférieures au seuil
- Taux d'occupation des hébergements temporaires
- Délais moyen d'accès à un hébergement temporaire et accueil de jour
- Nombre de plateformes de répit

Les services de soins infirmiers à domicile et les services d'aide à domicile

Domaine stratégique

Vieillesse

Priorité

L'accompagnement de la perte d'autonomie en respectant les choix de la personne âgée pour son lieu de vie.

Objectif général du PSRS

Permettre, dans une recherche constante d'adéquation entre liberté du citoyen et protection de la personne, à chaque personne âgée :

- de rester acteur de sa vie et de respecter son projet de vie en fonction de son désir et de sa sécurité ;
- de lui donner les possibilités de pouvoir bénéficier des services d'un SSIAD et des accompagnements spécialisés, notamment en fin de vie.

Réduire les écarts intra-régionaux en matière d'équipement, en synergie avec un maillage territorial adapté de l'offre sanitaire.

Contexte et enjeux

Le service de soins infirmiers à domicile est un des pivots du maintien à domicile. Il représente la part la plus formalisée de l'organisation coordonnée de l'offre ambulatoire en faveur des personnes âgées. Il doit, lorsque les prises en charge le nécessitent, intervenir 7 jours sur 7. Il convient de poursuivre la création des places de SSIAD en prenant en compte la nécessité de réduction des écarts régionaux.

Objectifs opérationnels

Permettre au territoire de la Charente d'atteindre le niveau d'équipement régional

Action 1 : Sectoriser les places existantes afin d'identifier les zones prioritaires à couvrir.

Action 2 : Créer les 100 prochaines places de SSIAD sur le territoire de santé de la Charente (dont 89 places réparties par appel à projet en 2014).

Permettre à chaque territoire de se maintenir au taux d'équipement régional en tenant compte des zones sous, peu, ou moyennement dotées en infirmières libérales.

Action : Lancer les appels à projet sur des zones géographiques sous dotées ou moyennement dotées en infirmières libérales (IDEL).

Promouvoir la mutualisation des SSIAD, des SAAD pour limiter les frais de gestion et apporter une complémentarité dans la prise des personnes âgées en perte d'autonomie

Action : Développer les projets de création de SPASAD.

Définir une organisation territoriale des SSIAD à partir de l'évaluation des besoins réalisée au sein des territoires et en fonction des ressources disponibles.

Action : Optimiser l'intervention des SSIAD sur une même aire géographique.

Elargir le cadre des prestations des SSIAD, pour permettre des couchers tardifs, un troisième passage en journée, des interventions sept jours sur sept.

Action 1 : Apporter plus de souplesse dans l'organisation des interventions effectuées de chaque SSIAD en fonction des moyens disponibles et en adéquation aux besoins de soins de la personne âgée, dans le respect de son rythme et de son cadre de vie.

Action 2 : Rechercher la coordination avec les services d'aide et d'accompagnement à domicile de jour et de nuit (garde itinérante) pour une prise en charge optimale.

Développer l'articulation entre les établissements de santé et les SSIAD et des services d'aide à domicile (SAD).

Action 1 : Rédaction de conventions relatives à l'admission dans les centres hospitaliers et au retour à domicile avec prise en charge par un SSIAD.

Action 2 : Formaliser les relations entre HAD et SSIAD sous forme de conventionnement et de partenariat.

- Suivre les résultats de l'enquête qui sera faite dans les Deux-Sèvres concernant le profil des patients relevant à la fois de l'HAD et du SSIAD (enquête nationale).

Avoir une meilleure connaissance de la population prise en charge en SSIAD.

Action 1 : Effectuer des coupes d'évaluation de dépendance.

Action 2 : Déterminer les conditions de vie des personnes prises en charge (bilan annuel statistique à définir).

Effectuer un suivi mensuel des demandes non satisfaites

Action : Transmettre le nombre de demandes à une adresse mail dédiée.

Accompagner les SSIAD dans le cadre de la réforme de la tarification

Financement

CNSA

Indicateurs de suivi

- Evolution du taux d'équipement par territoire
- Evolution du taux d'installation d'IDEL par territoire
- Nombre de conventionnement SSIAD HAD
- Nombre de projets mutualisant l'intervention des SSIAD et des SAAD
- Nombre de projets intégrant l'offre de coucher tardif