

Schéma Gérontologique Départemental



2016 - 2021

ÉDITORIAL

Dans le registre de ses missions, le Département est en charge de la politique gérontologique. Au terme de la loi il est même le chef de file d'une action qui au fond concerne les collectivités territoriales, certes, mais aussi l'État, les organismes de sécurité sociale, les caisses de retraite et de nombreuses mutuelles. Bref, le Département est coordonnateur d'un dispositif d'initiatives publiques et privées qui concourent au bien-être des personnes les plus âgées de notre société.

Or, nous le savons, cette société vieillit du fait de l'augmentation de l'espérance de vie, du fait aussi de la part relative que prennent les seniors dans l'effectif global de la population. Plus que jamais, il convient donc d'être attentif au sort de nos aînés tant sur le plan du cadre de vie, de la relation sociale, de la santé, que de tout ce qui touche au fond à leur inclusion sociétale.

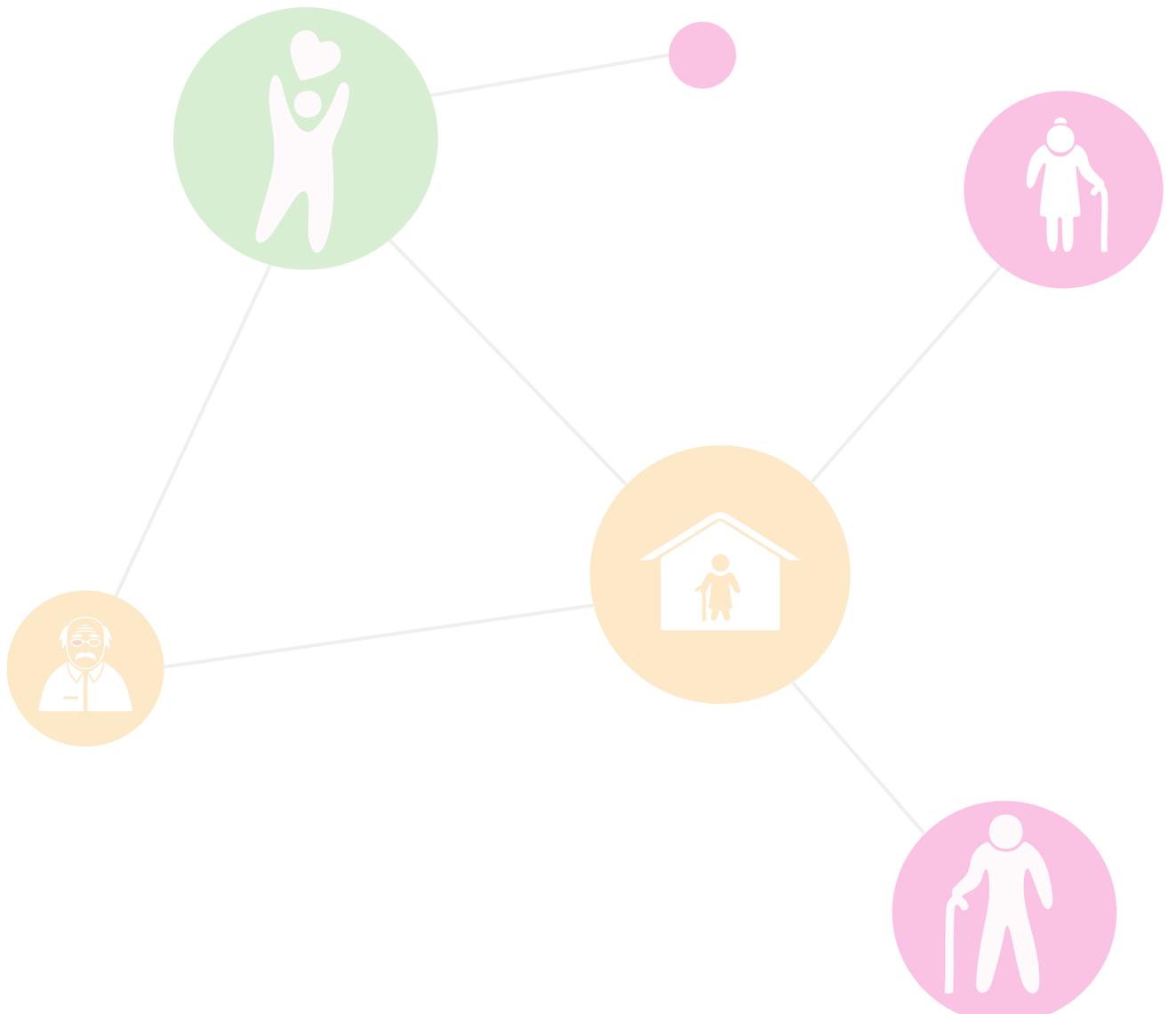
Pour traduire cette aspiration en dynamique publique, le schéma gérontologique départemental prévu par la loi du 22 juillet 1983, évalue les besoins et détermine les priorités.

C'est une fois encore ce que nous avons voulu faire dans la Marne en adoptant avec le concours de nos partenaires ce 3^{ème} plan stratégique qui doit guider notre action pour les prochaines années.

Je remercie toutes celles et tous ceux qui y ont contribué, et nous encourage tous à poursuivre le travail accompli dans ce domaine en s'ouvrant désormais sur les opportunités qui offrent les nouvelles technologies au service de l'humain.

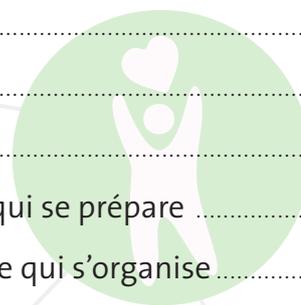
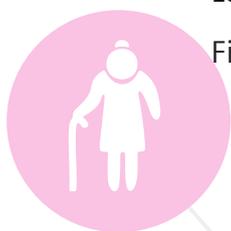
René-Paul SAVARY
Sénateur de la Marne
Président du Conseil
départemental de la Marne

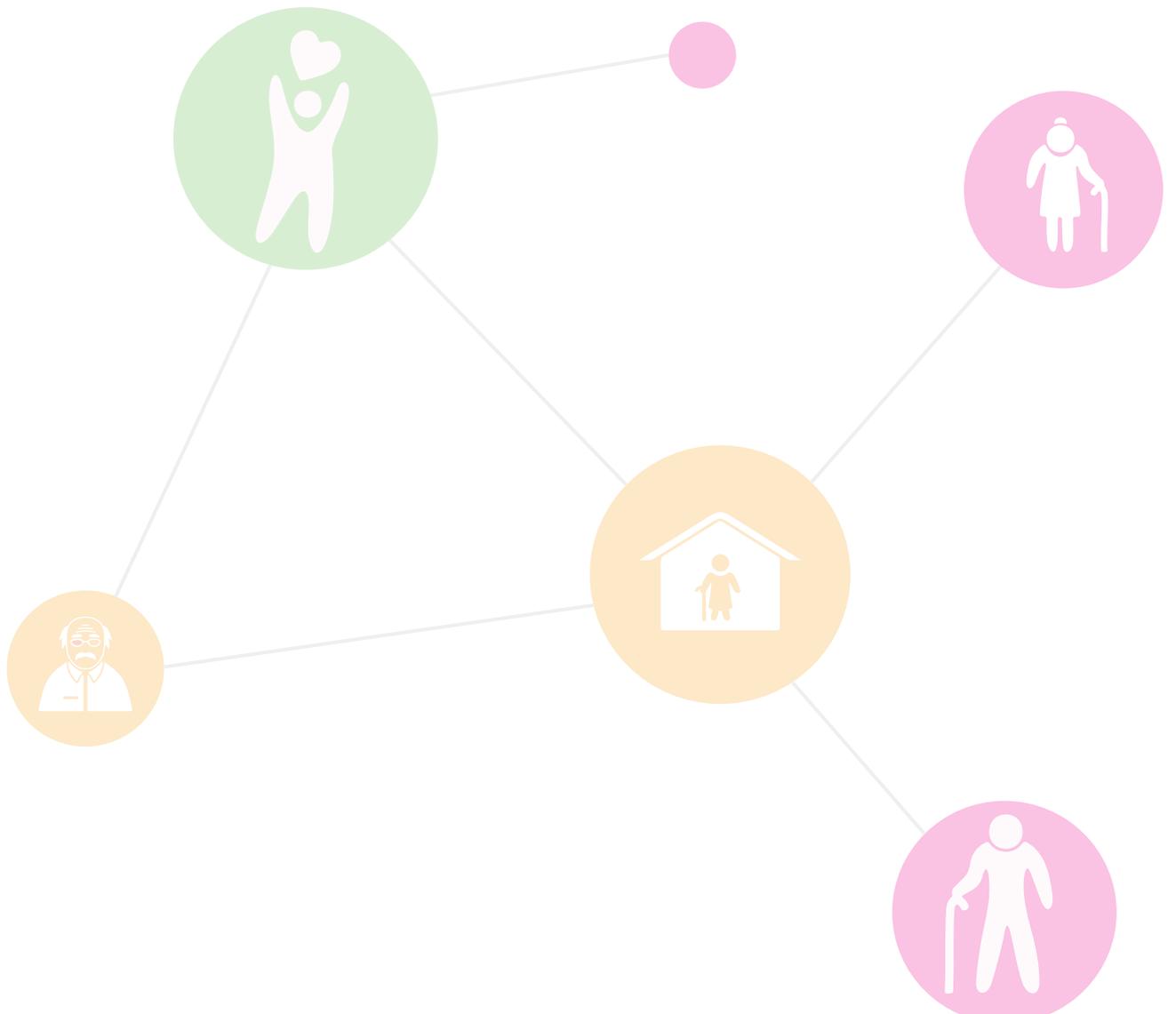




Sommaire

Éditorial	3
Introduction.....	7
Contexte juridique	8
Méthode d'élaboration du schéma	10
Contexte démographique et socio-économique	13
Bilan du dernier schéma.....	23
Les orientations stratégiques.....	33
Fiches actions.....	39
1. Bien vieillir, une situation individuelle qui se prépare	41
2. Le vieillissement, une réponse collective qui s'organise	51
3. L'adaptation de la société au vieillissement s'accompagne.....	73
Évaluation.....	95
Glossaire.....	96





INTRODUCTION

Plan d'actions pour les personnes âgées avec les partenaires institutionnels et nourri par les progrès des sciences et des techniques

Le schéma gérontologique qui vous est présenté est le 3^{ème} du nom. Le premier schéma adopté en 1999 portait sur la période 1999/2005. Le second schéma gérontologique départemental avait été voté en mai 2006 par le Conseil Général. Ce schéma comportait, outre le diagnostic et les préconisations, 51 propositions pour lesquelles des bilans ont été réalisés périodiquement, en 2009, 2011, 2014 et 2015. La durée d'un schéma est, selon la loi, de 5 ans mais sa prolongation de durée est pertinente lorsqu'elle permet de finaliser la mise en œuvre des actions préconisées et de parachever les créations d'établissements et de services. C'est ce qui s'est passé pour ce précédent schéma, sa durée de vie étant allongée de surcroît par les incertitudes législatives qui ont pesé un long moment sur la pérennité des départements.

Le présent schéma a été construit selon une méthode partenariale interactive où 125 participants : élus départementaux, représentants de l'ARS, de la CARSAT, CPAM, CCAS, villes, CLIC, CODERPA, associations et collectivités gestionnaires d'établissements pour personnes âgées, de services à domicile médico-sociaux et/ou sanitaires, bailleurs sociaux, associations œuvrant dans le domaine des personnes âgées et/ou du logement, services sociaux départementaux ont pu s'exprimer, réfléchir, témoigner, et élaborer des propositions.

Cette méthode est d'ailleurs une pratique usuelle dans notre département, très appréciée de nos partenaires, que je remercie pour leur participation active et leur force de propositions. Chaque séance de travail a été animée par notre vice-Présidente en charge des personnes âgées et les services de la direction de la solidarité. Un site internet spécifique a été mis à disposition pour suivre les avancées des travaux (comptes rendus, calendrier, contributions supplémentaires...).

Après avoir précisé les contextes à la fois juridique, démographique et socio-économique, il vous est présenté un bilan du précédent schéma, mettant en avant ses avancées significatives, fruits du travail actif entrepris ces dernières années.

Ces éléments rappelés, le présent schéma a pour vocation de prendre en compte plus spécifiquement le parcours de la personne âgée en mettant en exergue toutes les évolutions technologiques et les possibilités d'accompagnement qui vont lui permettre de bien vieillir.

En effet, comment se prépare-t-on à vieillir à domicile, comment vieillit-on à domicile et avec quels accompagnements, quelles solutions de « passage » entre domicile et établissement et enfin, qu'offrent les institutions pour appréhender le grand âge et la perte d'indépendance ?

Il revient au Département, en tant que chef de file de l'action sociale, d'organiser cet accompagnement, en lien avec ses partenaires, en offrant des solutions pouvant correspondre à tous les profils et demandes.

Mais un schéma gérontologique départemental n'a d'intérêt que s'il est porté par l'ensemble des partenaires, qui au demeurant ont participé à son élaboration. C'est donc bien cette motivation qu'il nous faut toujours conserver, cette faculté à relever le défi du vieillissement, cette opiniâtreté à chercher encore et toujours à donner de la vie aux années.

CONTEXTE JURIDIQUE

Des lois Defferre en 1982-1983, organisant la décentralisation, à la loi relative à l'Adaptation de la Société au Vieillissement du 28 décembre 2015, le Département est au cœur de la politique publique et des interventions en faveur des seniors, chef de file de l'action sociale en direction des personnes âgées.

Le code de l'action sociale et des familles, dans son article L.113-2, affirme ce rôle central de la collectivité départementale indiquant que le « Département définit et met en œuvre l'action sociale en faveur des personnes âgées et de leurs proches aidants (...) », qu'il « coordonne, dans le cadre du schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale (...) les actions menées par les différents intervenants, y compris en faveur des proches aidants » , qu'il « définit des secteurs géographiques d'intervention » et qu'il « détermine les modalités d'information, de conseil et d'orientation du public sur les aides et les services relevant de sa compétence ».

Le Département se doit de coordonner « dans le respect de leurs compétences, l'action des acteurs chargés de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques intéressant les conditions de vie des personnes âgées, en s'appuyant notamment sur la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées (...) et sur le conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie »

Dans la mise en œuvre de cette responsabilité, le Schéma Départemental Gérontologique occupe la place centrale d'un instrument de politique sociale et d'un outil d'aide à la décision. À partir d'une analyse des besoins des usagers et d'une évaluation des ressources disponibles, il permet de programmer l'évolution des dispositifs existants et la création de structures et actions nouvelles mais aussi de définir des modalités de collaboration avec des secteurs d'intervention connexes ou complémentaires.

L'élaboration de ce schéma départemental répond à une obligation légale qui s'inscrit dans un cadre réglementaire renforcé par les lois du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales, du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires et du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement.

Tout en renforçant la compétence du Conseil Départemental dans le domaine des personnes âgées, ces textes ont reprécisé le cadre réglementaire des schémas départementaux tels qu'ils avaient été définis par les lois de décentralisation. Le code de l'action sociale et des familles précise dans ses articles L 312-4 et L 312-5 les caractéristiques du schéma :

Les schémas d'organisation sociale et médico-sociale, sont établis pour une période maximum de cinq ans en cohérence avec le schéma régional de santé. C'est ainsi que le schéma gérontologique doit :

- « **1** . [Apprécier] la nature, le niveau et l'évolution des besoins sociaux et médico-sociaux de la population ;
- 2** . [Dresser] le bilan quantitatif et qualitatif de l'offre sociale et médico-sociale existante ;
- 3** . [Déterminer] les perspectives et les objectifs de développement de l'offre sociale et médico-sociale et, notamment, ceux nécessitant des interventions sous forme de création, transformation ou suppression d'établissements et services et, le cas échéant, d'accueils familiaux (...) ;
- 4** . [Préciser] le cadre de la coopération et de la coordination entre les établissements et services (...), ainsi qu'avec les établissements de santé (...) ou tout autre organisme public ou privé, afin de satisfaire tout ou partie des besoins mentionnés au 1° ;
- 5** . [Définir] les critères d'évaluation des actions mises en œuvre. ».

Ce même article indique qu'« Un document annexé aux schémas (...) peut préciser, pour leur période de validité, la programmation pluriannuelle des établissements et services sociaux et médico-sociaux qu'il serait nécessaire de créer, de transformer ou de supprimer. »

Acteur du champ sanitaire et médico-social, l'Agence Régionale de Santé doit quant à elle adopter un « schéma régional d'organisation médico-sociale [qui] a pour objet de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre des établissements et services médico-sociaux, afin notamment de répondre aux besoins de prises en charge et d'accompagnements médico-sociaux de la population handicapée ou en perte d'autonomie.

Ce schéma veille à l'articulation au niveau régional de l'offre sanitaire et médico-sociale relevant de la compétence de l'Agence régionale de santé. Pour une partie des établissements et services, ce schéma régional est établi et actualisé au regard des schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie arrêtés par les conseils généraux de la région. »

Par ailleurs, le schéma gérontologique vient en appui du programme coordonné de financement des actions individuelles et collectives de prévention adopté par la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées, nouvelle instance présidée par le Président du Conseil départemental prévue par l'article L.233-1 du code de l'action sociale et des familles et œuvrant pour une efficience des politiques et actions de prévention menées auprès des personnes âgées.



MÉTHODE D'ÉLABORATION DU SCHÉMA

Une méthode d'élaboration partenariale et interactive

L'ensemble des schémas élaborés par le Département et ce depuis plusieurs années, est réalisé selon une méthode participative qui associe les partenaires sociaux et médico-sociaux, en plus des services, afin de mettre en commun et réfléchir sur les orientations et les besoins à satisfaire pour la population concernée. Le schéma gérontologique présent n'a pas fait exception à cette méthode.

125 personnes et partenaires, élus départementaux, représentants de l'ARS, de la CARSAT, CPAM, CCAS, villes, CLIC, CODERPA, associations et collectivités gestionnaires d'établissements pour personnes âgées, de services à domicile, médico-sociaux et/ou sanitaires, bailleurs sociaux, associations œuvrant dans le domaine des personnes âgées et/ou du logement, services sociaux départementaux, ont contribué à l'élaboration de ce schéma, dans toutes les étapes de sa progression. Plusieurs phases ont jalonné ce parcours :

Dès février 2015, un bilan du précédent schéma a été présenté à tous, mettant en exergue surtout les avancées significatives réalisées, des bilans intermédiaires ayant déjà été développés les années antérieures. Ce bilan avait pour objectif non seulement de clore les précédentes orientations mais aussi de préparer le lancement du futur schéma. Dans ce cadre, des données statistiques infra-départementales ont été commandées à l'INSEE, afin d'affiner par territoire la connaissance de la population âgée marnaise.

Le lancement du présent schéma a été effectué en novembre 2015 auprès des mêmes interlocuteurs, sous la forme d'une réunion précisant les axes de travail envisagés, la méthodologie de projet et le calendrier. Cette méthodologie a consisté à former des groupes de travail, libres d'inscriptions, qui se réuniraient sur les thèmes définis préalablement soit 4 groupes de travail correspondant aux 4 thèmes, sur un rythme d'une fois par mois, pour 3 à 4 séances de travail maximum :

- Groupe 1 : prévenir les risques liés à l'âge
- Groupe 2 : évolution et adaptation des services d'accompagnement à domicile
- Groupe 3 : offre alternative entre domicile et établissement médicalisé
- Groupe 4 : adapter l'offre de prise en charge en établissement médicalisé

Dans chaque groupe a été nommé un rapporteur, qui rédige la synthèse de chaque séance et la présente à la séance suivante. La séance de travail est animée par la vice-Présidente en charge des personnes âgées et un cadre de la direction de la solidarité. Lorsque le besoin en a été ressenti, un groupe transversal sur une séance a été créé, notamment pour aborder le sujet de la domotique dans l'habitat ainsi que des sous-groupes à thématique spécialisée : pour les services à domicile, pour les EHPAD. Au cours des séances, des fusions de groupes ont également été réalisées lorsque les sujets à réfléchir se chevauchaient.

Les partenaires qui souhaitent participer à ces groupes de travail se sont inscrits librement, en fonction de leurs préoccupations. De plus, des invités spécialistes ont parfois été sollicités pour témoigner d'une expérience ou d'une réalisation de projet, alimentant ainsi les groupes de travail.

Deux restitutions des travaux des groupes en réunion plénière ont été effectuées, réunissant à chaque fois 80 à 100 participants, à mi-parcours et à la fin du parcours, avec pour objectif de porter à la connaissance de tous l'avancée des travaux et de vérifier qu'aucune thématique n'avait été oubliée.

Par ailleurs, des outils ont été mis à disposition des participants des groupes de travail :

- une boîte mail dédiée aux travaux du schéma (schema.pa@marne.fr), afin de centraliser les demandes

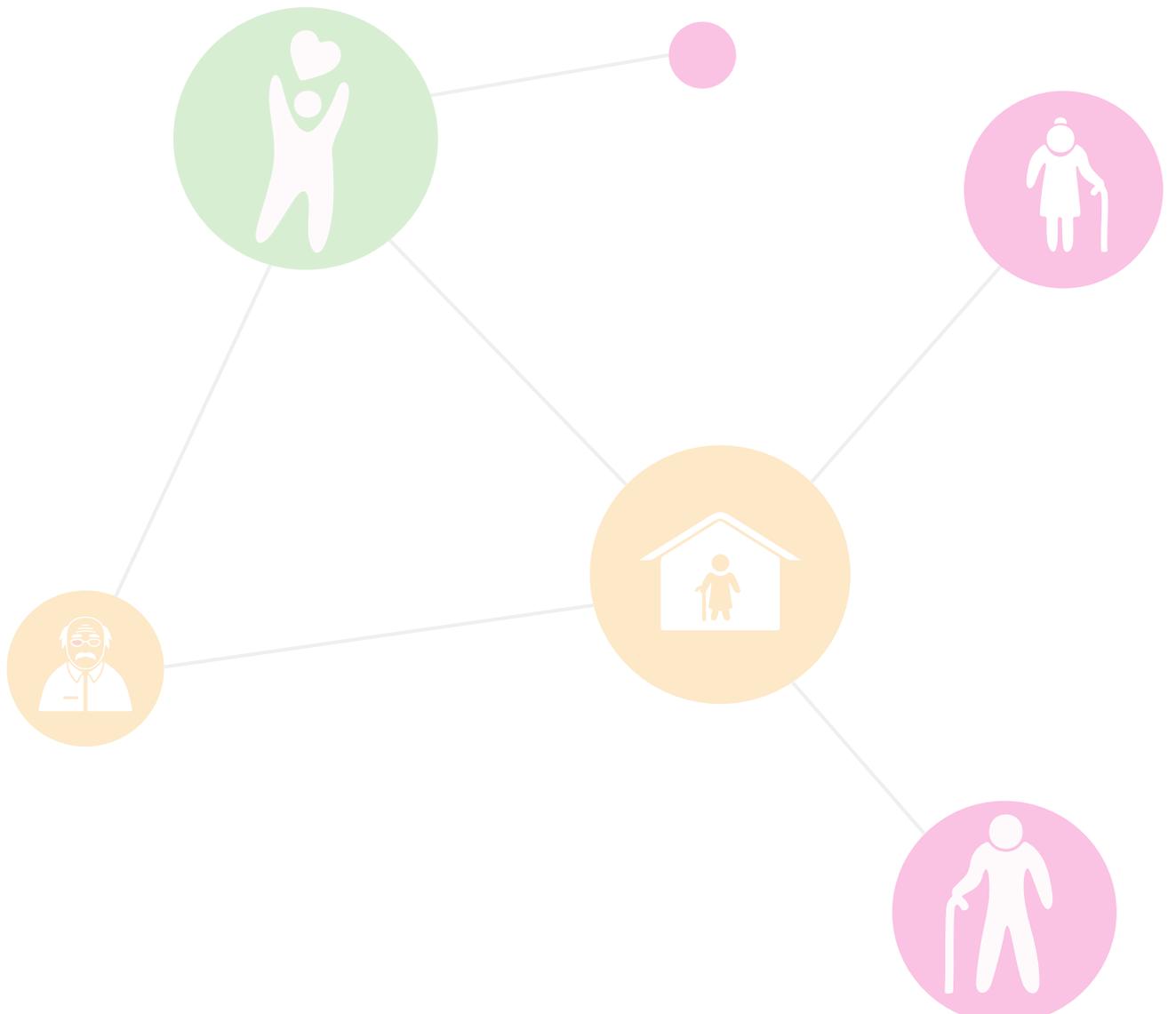
- un site collaboratif : https://ged.cg51.fr/partenaires/Schema_PA où ont été délivrées toutes les informations : calendrier, modifications de réunions, compte-rendu des groupes, diaporama présentés, documents statistiques, ainsi que les contributions des membres des groupes et/ou organismes via un forum
- une assistance fonctionnelle et technique par téléphone.

La méthodologie de projet se voulait donc très interactive, avec des présences physiques mais aussi la possibilité de contribuer par écrit pour les partenaires qui n'avaient pu se rendre disponibles. Au total, ce sont 19 demi-journées de travaux de groupe qui ont été animées.

Les réflexions des groupes de travail ont donné lieu à la rédaction des fiches actions présentées ci-après et qui constituent le programme d'intervention du Département dans le domaine gérontologique pour les années à venir.

Après le vote par l'assemblée départementale, le schéma validé sera publié à l'attention des partenaires et des usagers.







CONTEXTE DÉMOGRAPHIQUE ET SOCIO-ÉCONOMIQUE



LE CADRE GÉOGRAPHIQUE ET ADMINISTRATIF

Avec une superficie de 8 162 km², la Marne se place au 7^{ème} rang des départements français métropolitains. Situé aux marges de la nouvelle Région Grand Est, le département est également influencé par les régions Île de France et des Hauts de France, notamment à travers des infrastructures routières (A4 et A26) et ferroviaires (LGV Est, TER,...). Au 1^{er} janvier 2016, le Département compte 5 arrondissements, 23 cantons, 617 communes et 29 EPCI à fiscalité propre (15⁽¹⁾ au 1^{er} janvier 2017)

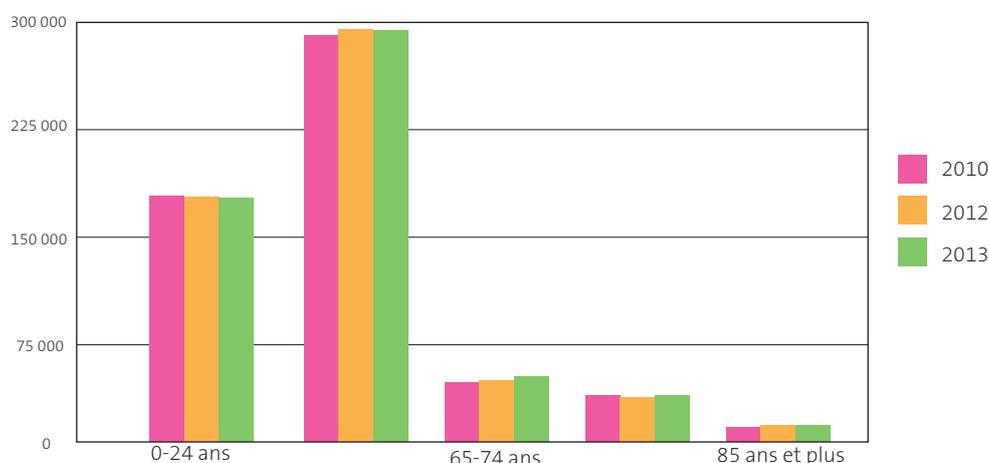
La Marne est un département empreint de ruralité (près de 90 % des communes comptent moins de 1 000 habitants) dont le maillage urbain se caractérise d'abord par le poids de l'agglomération de Reims (communauté urbaine du Grand Reims : 290 735 habitants) et par un réseau de villes moyennes (21 communes de plus de 2 500 habitants dont seulement 5 de plus de 10 000), à l'image de la ville chef-lieu, jusqu'à peu capitale administrative de la région Champagne Ardenne. Au total, plus de 77 % de la population vit dans les grandes aires urbaines.

LE CONTEXTE DÉMOGRAPHIQUE

En 2015, le département compte 572 968 habitants (estimations populations municipales provisoires INSEE) soit une densité de 70 habitants/km² ; la population marnaise a très faiblement évolué (+ 4 000 habitants entre 2012 et 2015) et représente un peu moins de 10 % du nouvel ensemble régional ; à noter que sur l'ancien ressort de la région Champagne Ardenne, le contexte est plutôt à la baisse consécutivement au déclin démographique des départements des Ardennes et de la Haute-Marne.

S'agissant des personnes âgées, leur nombre a évolué sans surprise à la hausse compte tenu du vieillissement de la population française. Ainsi, en 2013, on compte 131 293 personnes de plus de 60 ans (dont 94 513 de plus de 65 ans) soit près de 4 000 personnes en plus par rapport à 2012, notamment sur la classe d'âge 65-74 ans (2/3 de la progression).

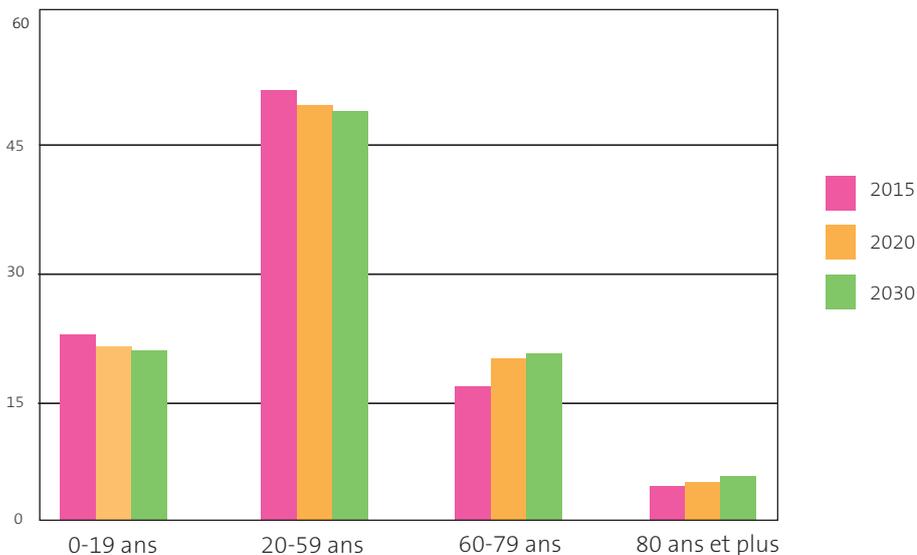
► Evolution de la répartition de la population marnaise de 2010 à 2013



Source : INSEE-Statiss

⁽¹⁾ En tenant compte de la CA de Saint-Dizier et Blaise qui concerne 10 communes marnaises

► **Projection de la répartition de la population marnaise à l'horizon 2030 en %**

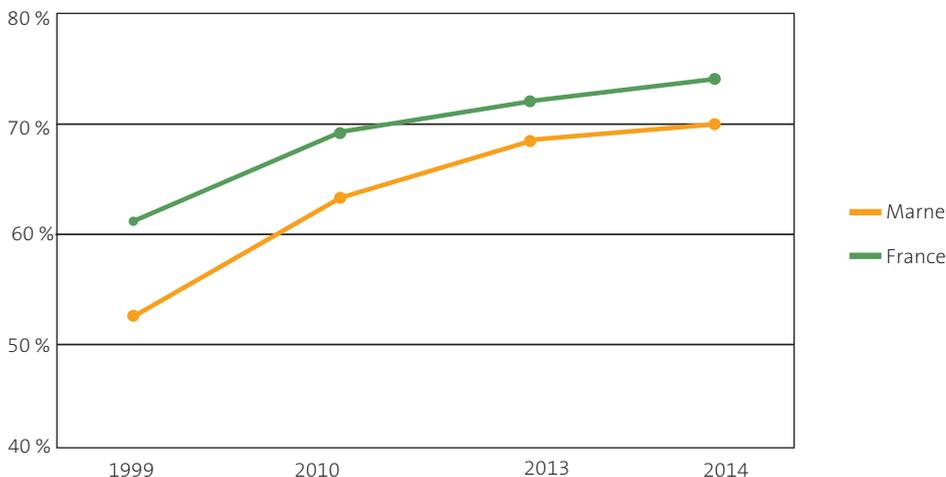


Source : INSEE- Données Omphale

Sur le fondement d'un scénario central, les projections Omphale mettent en évidence une baisse notable de la population de la Marne - 17 000 habitants (au mieux, le département se maintiendrait avec des scénarios hauts concernant la fécondité et l'espérance de vie). Concomitamment, la part des plus de 60 ans serait en très nette augmentation avec notamment un accroissement de la représentation des plus de 80 ans. Ainsi, on dénomberrait 132 500 personnes de plus de 65 ans (+ 43 %) et 19 800 personnes de plus de 85 ans (+ 34 %).

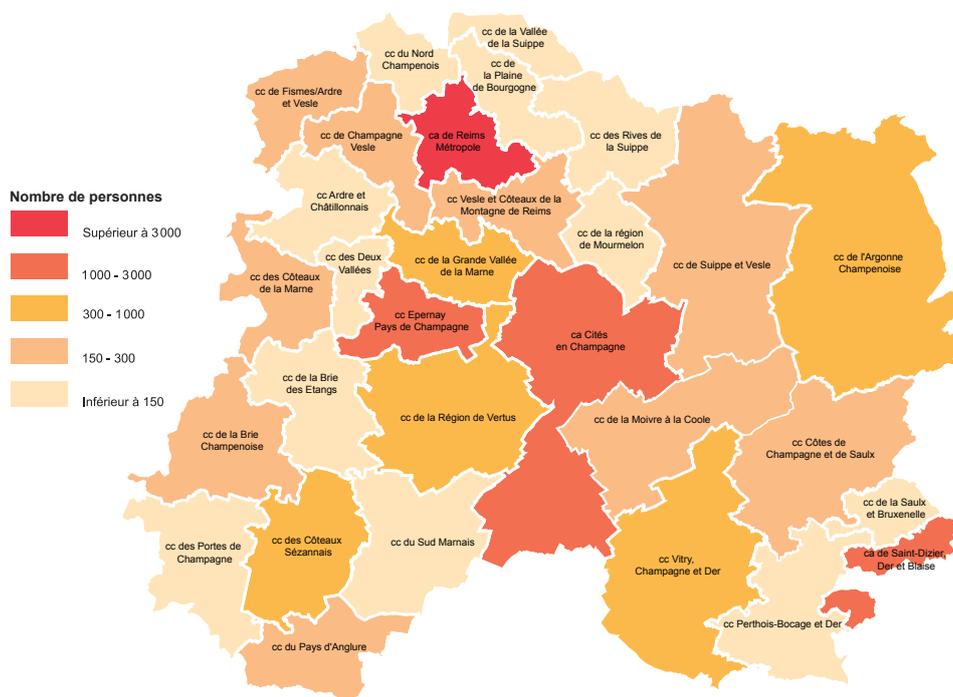
L'indice de vieillissement qui mesure le poids grandissant des plus âgés sur les plus jeunes (rapport du nombre des plus de 65 ans sur le nombre des moins de 20 ans) évolue sans surprise à la hausse dans le département : ainsi entre 2010 et 2014, il augmente de plus de 7 points de 63 % à 70 % (avec un taux d'accroissement plus important que la progression nationale sur la même période). Outre le phénomène du papy-boom, cette situation s'explique également par une baisse sensible du nombre des naissances (- 500 naissances de 2010 à 2015, à 6 600). Pour autant, le département se situe en deçà des moyennes nationale et régionale (Grand Est) qui s'établissent respectivement à 74,5 % et 74,9 %.

► **Évolution de l'indice de vieillissement**



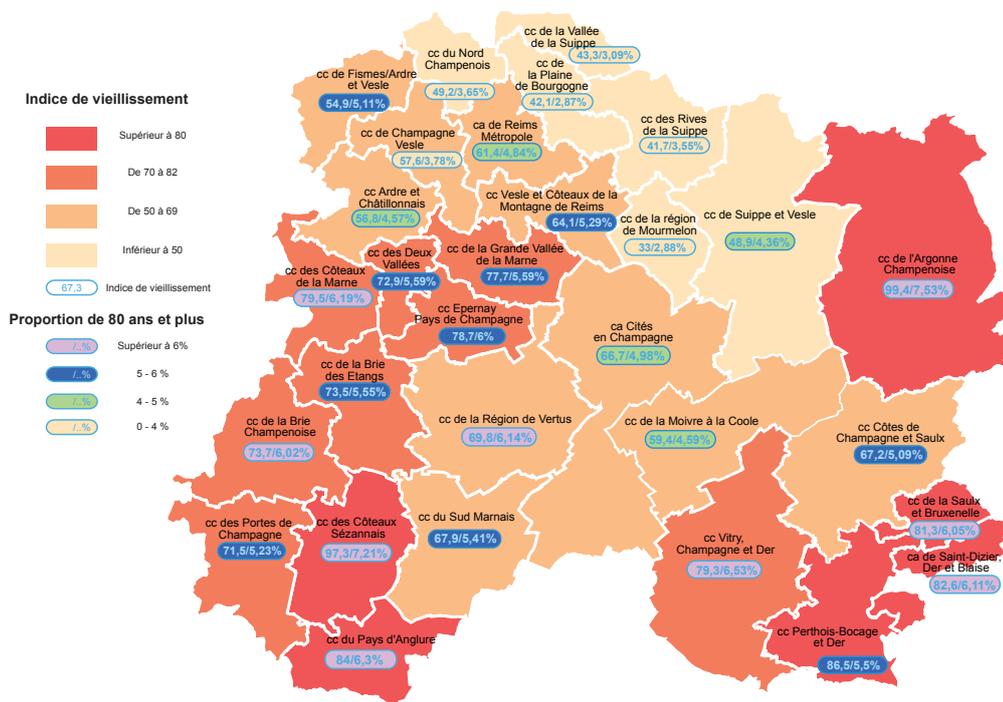
S'agissant de la répartition infra départementale et compte tenu du zonage intercommunal retenu (EPCI à fiscalité propre au 1^{er} janvier 2016), les personnes de plus de 85 ans sont principalement concentrées sur les ensembles urbains, à savoir Reims majoritairement et dans une moindre mesure Châlons-en-Champagne et Épernay. Il convient néanmoins de noter la part non négligeable des plus âgés dans les zones rurales et notamment autour de bourgs centre tels que Sézanne, Vertus, Sainte-Menéhould et la périphérie ouest de Vitry-le-François. Cet élément est évidemment un paramètre à prendre en compte dans la réponse aux enjeux de dépendance en milieu rural face à une population moins mobile, et vraisemblablement plus précaire. Néanmoins, ces résultats méritent d'être modulés par le fait que les territoires fortement dotés en EHPAD, notamment spécialisés alzheimer, ont tendance à drainer les plus dépendants à savoir souvent les plus âgés.

► **Personnes de 85 ans et plus en 2011**



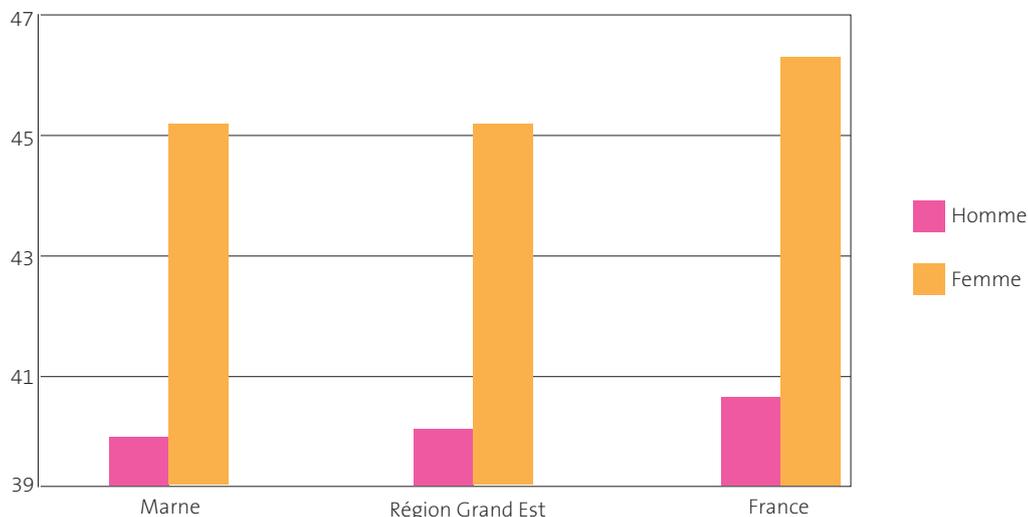
La cartographie de l'indice de vieillissement par intercommunalité renforce ce constat en ciblant plus encore les zones rurales est et ouest du département ; ce phénomène est lié au déclin démographique consécutif à la fois au dynamisme des zones urbaines en terme d'activité et par les difficultés d'anciens bassins industriels en mutation.

► Indice de vieillissement et proportion de 80 ans et plus en 2011

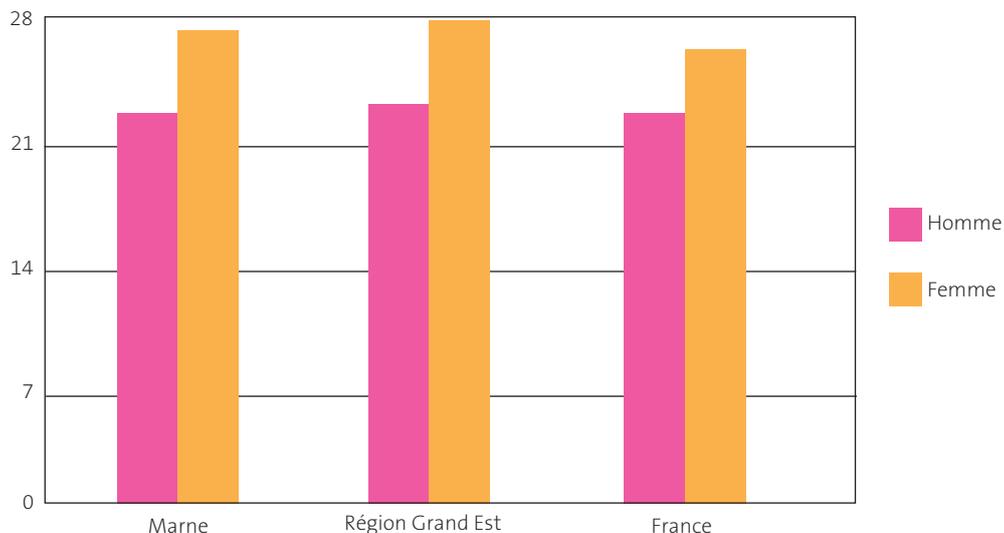


Dans la Marne, l'espérance de vie à 65 ans est de 18,2 ans pour les hommes et 22,6 ans pour les femmes (pour la France métropolitaine : 19 et 23 ans). Si l'on place le curseur de l'analyse sur d'autres âges de référence, l'espérance de vie dans le département est toujours légèrement inférieure aux moyennes nationales avec néanmoins une différenciation à 40 et 60 ans d'une part, et homme femme à 60 ans d'autre part. En effet, l'espérance de vie des marnais à 40 ans est très proche de la moyenne régionale quel que soit le sexe. En revanche, l'espérance de vie pour les femmes à 60 ans est plutôt conforme à la moyenne nationale ce qui la distingue de celle des hommes qui reste adossée au standard régional.

► Comparaison de l'espérance de vie à 40 ans



► Comparaison de l'espérance de vie à 60 ans



LA DÉPENDANCE

Le nombre de bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie est de 3 707 au 31 décembre 2015, soit une baisse de 8,21 % par rapport à 2014 (- 332 bénéficiaires). Cette baisse importante du nombre de bénéficiaires trouve son explication dans une hausse constatée du nombre de décès par rapport à 2014 (+13,7%) et d'entrées en EHPAD (+8,9%) conjuguée à une baisse du nombre de premières demandes reçues (-3,7%).

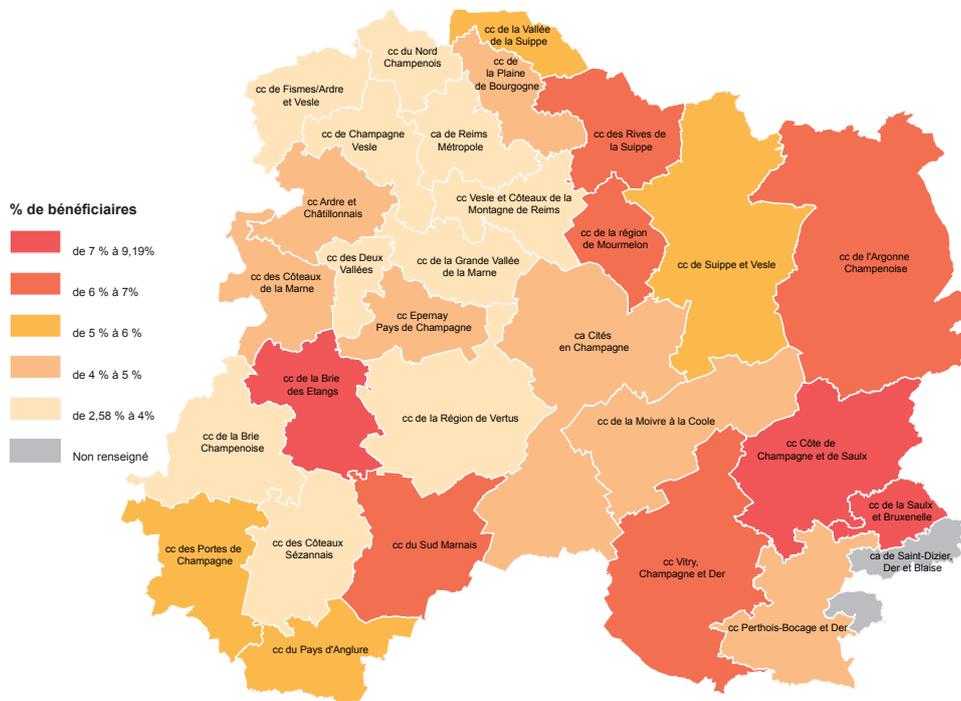
S'agissant du degré de dépendance, la répartition des bénéficiaires par rapport au GIR est la suivante :

Nombre de bénéficiaires de l'APA domicile par GIR au 31/12/2015		Répartition en pourcentage 2015	Nombre au 31/12/2014	Pourcentage 2014
GIR 1	37	1 %	42	1,04 %
GIR 2	476	12,84 %	503	12,45 %
GIR 3	844	22,77 %	907	22,46 %
GIR 4	2350	63,39 %	2 587	64,05 %
TOTAL	3707	100 %	4 039	100 %

On constate que le niveau de dépendance le moins élevé (GIR 4) est majoritaire, il concerne 63,39 % des bénéficiaires tandis que les GIR 1 et 2 concernant les personnes les plus dépendantes représentent 13,84 % des bénéficiaires. Les plans d'aide APA peuvent comprendre la prise en charge des heures d'aide à domicile, des aides techniques (téléalarme, matériel d'incontinence, portage de repas,...), des aides à l'aménagement/adaptation du logement ainsi que des accueils en structure. On constate une prépondérance dans la prise en charge d'heures d'aide à domicile : 94 % des dépenses allouées concernent cette prestation.

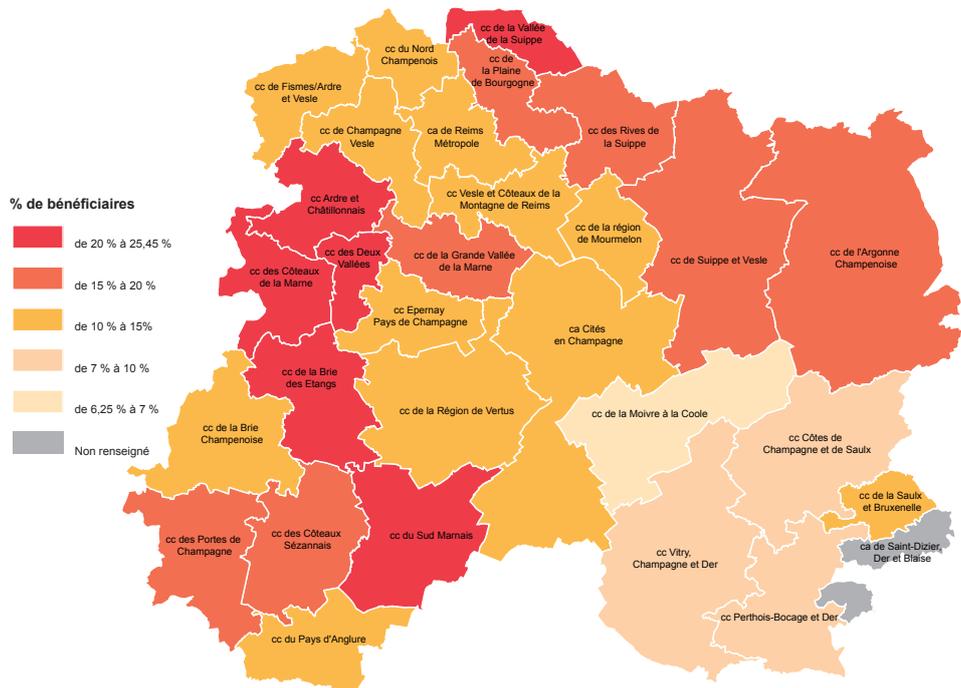
La cartographie intercommunale de l'APA à domicile fait apparaître une sur-représentation des bénéficiaires en milieu rural, ce qui tend à corrélér globalement le besoin d'accompagnement à domicile et le relatif éloignement des personnes en perte d'autonomie habitant hors des zones urbaines.

► **Bénéficiaires APA de plus de 65 ans par EPCI au 30 Juin 2015**



S'agissant des plus dépendants, on note à nouveau une forte localisation des GIR 1 et 2 en zone rurale à l'exception notable du sud est marnais pourtant concerné par un nombre important de bénéficiaires.

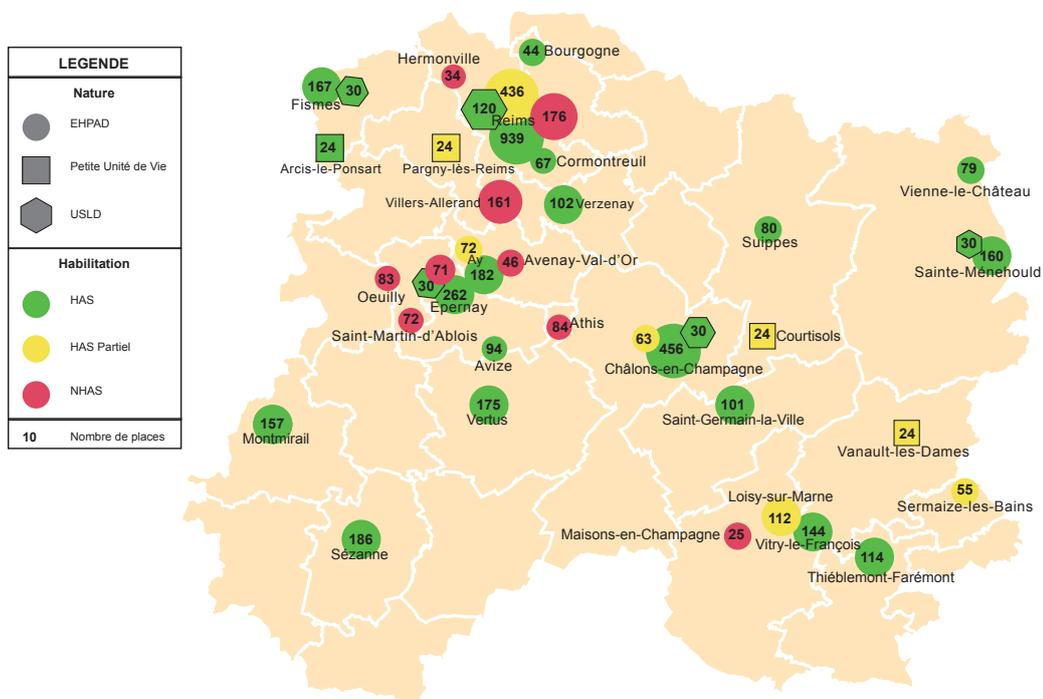
► **Bénéficiaires APA % de GIR 1 et 2 par EPCI au 30 Juin 2015**



Le Département recense 7 195 places d'hébergement pour personnes âgées réparties de la manière suivante :

- 1 985 places pour 28 structures sont recensées en foyers logements (EHPA) accueillant des personnes âgées valides et ne font pas l'objet d'un budget traité par le pôle de la tarification.
- 5 210 places sur 49 établissements dont :
 - 240 relèvent des Unités de Soins de Longue Durée (USLD)
 - 93 sont à vocation temporaire,
 - 78 « spécifiques » maladie d'Alzheimer (dont 176 places labellisées « PASA »).
 - 100 places d'accueil de jour annexées à des EHPAD principalement dédiées aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés.
 - 96 places de petites unités de vie sur quatre établissements, parmi lesquels trois MARPA et la petite unité de vie de l'Abbaye d'Igny.

► EHPAD : nombre de places en hébergement juin 2016

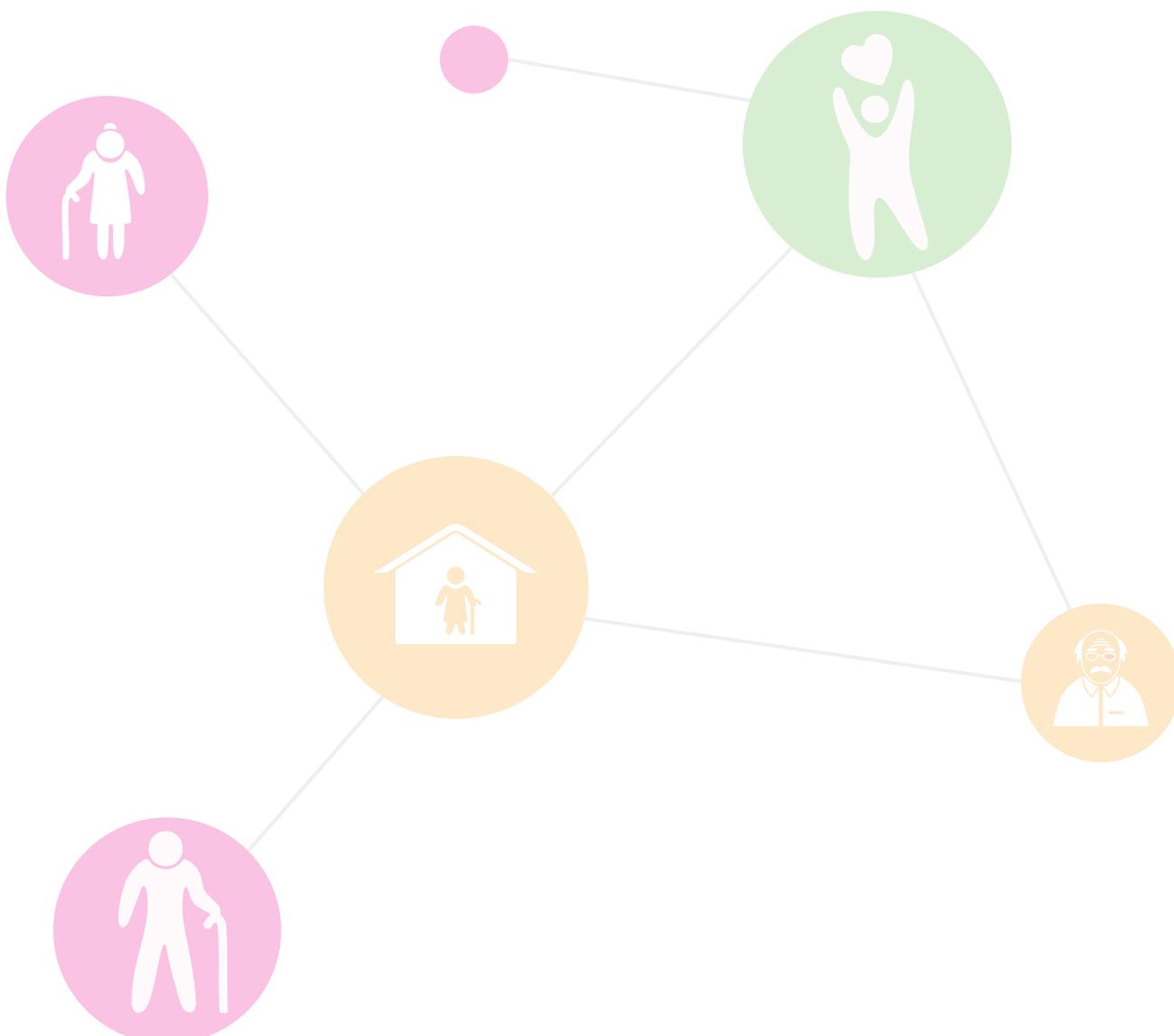


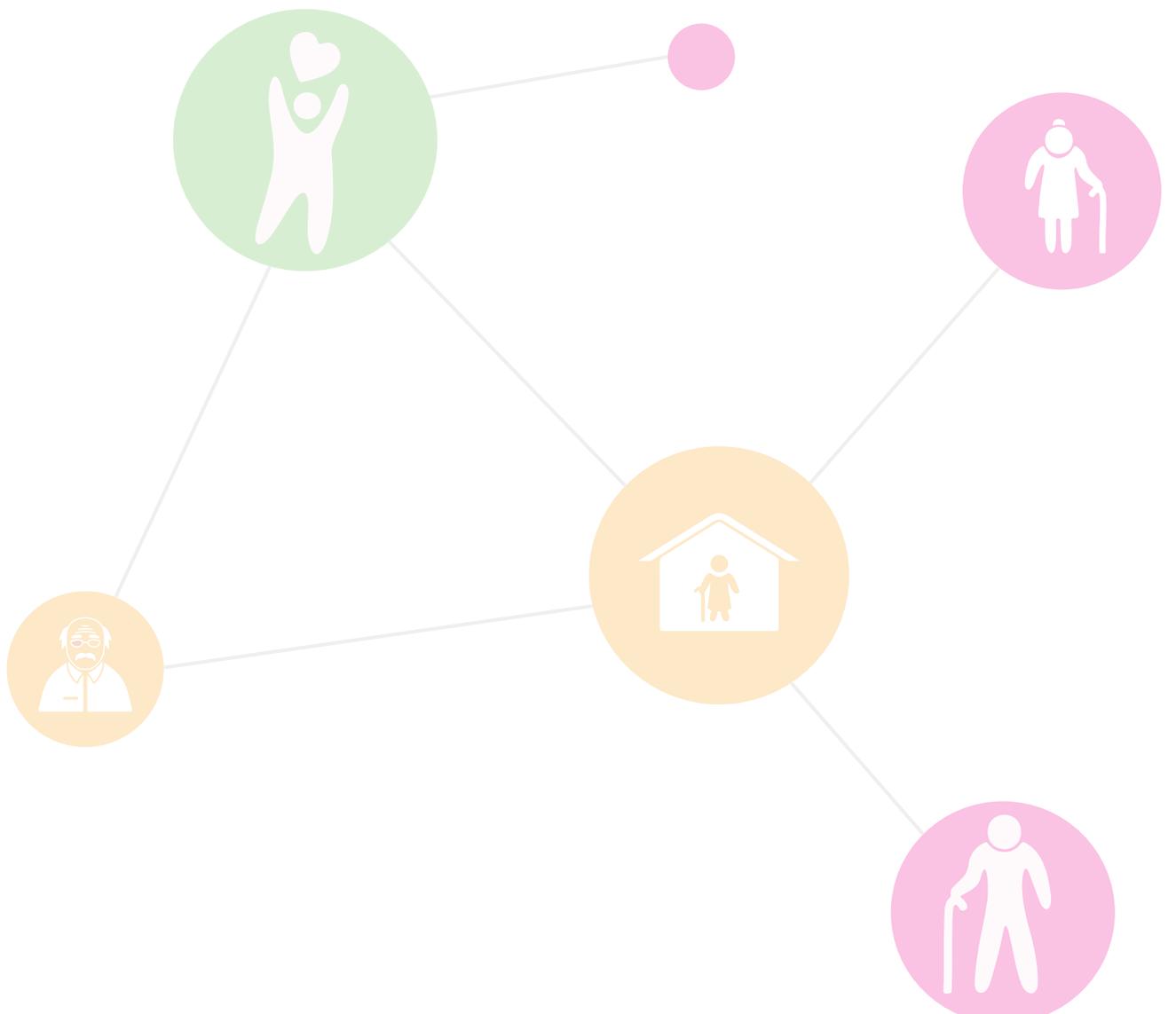
D'AUTRES CARACTÉRISTIQUES MARNAISES

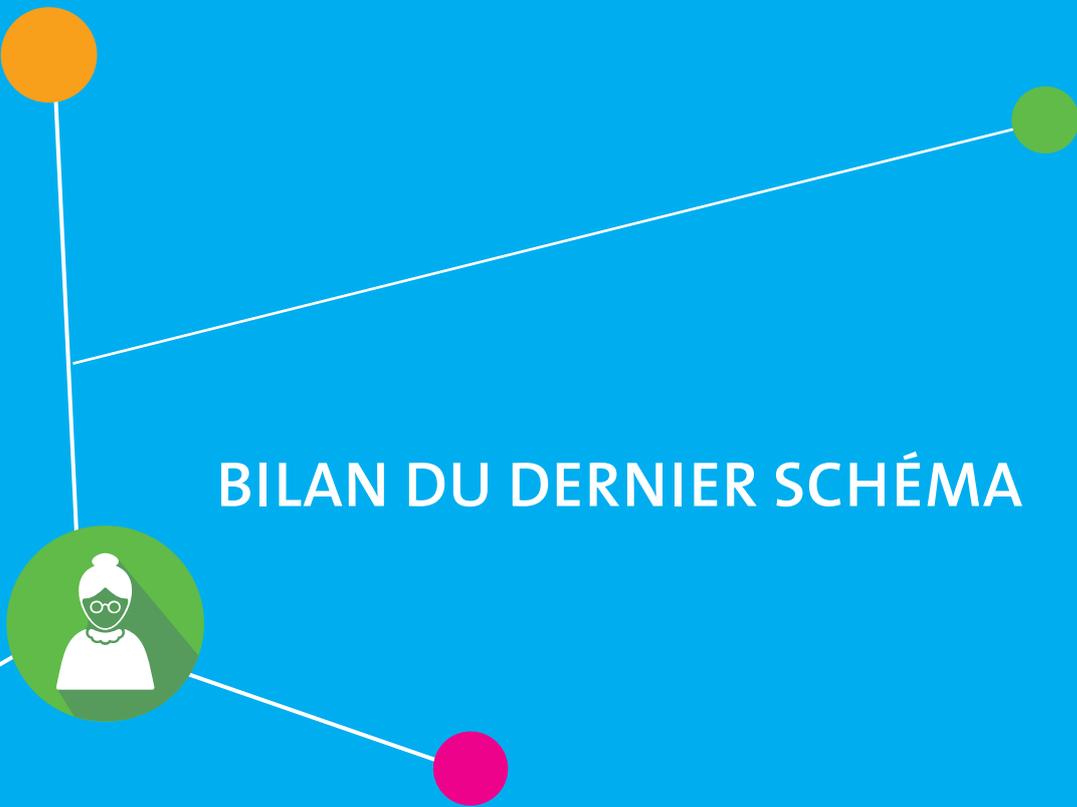
L'étude des données de l'INSEE pour le département met en évidence que 56,7 % des 65 ans et + sont en couple (dont 97,3 % mariés). Plus de 70 % sont propriétaires de leur logement composé au moins de 4 pièces.

En outre, on compte 101 969 retraités, avec une retraite de base moyenne de 7 000 € et seulement 45 % avec pensions de retraites complémentaires.

La Marne apparaît moins touchée par les phénomènes récents de précarisation des catégories de retraités les plus jeunes même si comme d'autres domaines cités supra, on constate une forme de rattrapage des standards nationaux. En effet, la pauvreté y est moins prégnante qu'en France ; ainsi, le taux de pauvreté (calcul sur le seuil de pauvreté à 60 % du revenu médian soit 993 € en 2015) des plus de 60 ans est de 8,4 % (France : 10,1 %) et de 7,7 % pour les plus de 75 ans (France : 10,2 %). De même, la Marne se distingue également s'agissant des bénéficiaires de l'allocation de solidarité pour personnes âgées (ASPA), avec un ratio de 3 % (soit 2 200 personnes) alors que la moyenne nationale est de 4,6 %.







BILAN DU DERNIER SCHÉMA

Le précédent schéma adopté par le Conseil général de la Marne en 2006 a contribué à améliorer considérablement les services auprès des plus âgés.

1 POUR LA VIE À DOMICILE

Trois actions phares en faveur de l'habitat

> **Diagnostics logements**

Le concept s'articule autour d'une convention de partenariat entre le Conseil départemental et le Comal-Soliha51, pour la réalisation auprès des particuliers de « diagnostic-conseil » consistant en une évaluation des besoins de la personne dans son habitat, une préconisation technique des adaptations à réaliser favorisant un maintien à domicile sécurisé, et des réunions d'information et de sensibilisation.

De 250 à 300 visites sont réalisées chaque année.

> **Charte du logement adapté (label)**

Complémentaire aux diagnostics, ce label vise à sensibiliser les professionnels du bâtiment aux enjeux du vieillissement et à orienter les personnes âgées ou handicapées vers des entreprises à même de proposer des solutions techniques adaptées pouvant faire l'objet de contrôles.

La réalisation de cet engagement du schéma résulte d'un partenariat consolidé entre le Conseil Départemental, la CAPEB et la FFB avec une mise en œuvre de qualité par le Comal-Soliha 51.

96 artisans et entreprises ont adhéré à la charte (données au 31 décembre 2015).

> **ADALOGIS 51 (Bourse aux logements adaptés)**

D'une idée simple : permettre aux logements ayant fait l'objet d'une adaptation de retrouver un locataire ayant besoin de ces adaptations est né ADALOGIS. Les objectifs recherchés s'articulent autour des quatre axes suivants, à savoir, faciliter l'accès à un logement adapté pour les personnes à mobilité réduite, avoir une connaissance quasi exhaustive et actualisée « en temps réel » de l'offre de logements adaptés, approcher et qualifier la demande et créer et pérenniser un partenariat actif avec les bailleurs autour de la bourse aux logements.

Depuis la création en 2010, les résultats obtenus sont les suivants au 31 décembre 2015 :

- demandes gérées : 1 815
- logements recensés : 1 328
- ménages relogés par le dispositif : 964

Des actions en faveur du transport

À la suite de l'adoption de ses schémas, le Conseil Général a apporté une aide cumulée de 2,36 M€ aux agglomérations mettant en œuvre un transport adapté et se recentre désormais sur sa compétence en dehors des PTU (Périmètre de transport urbain) sur deux axes que sont le TPRM MOBULYS, ainsi que le Schéma directeur d'accessibilité des transports.

> **Mobulys**

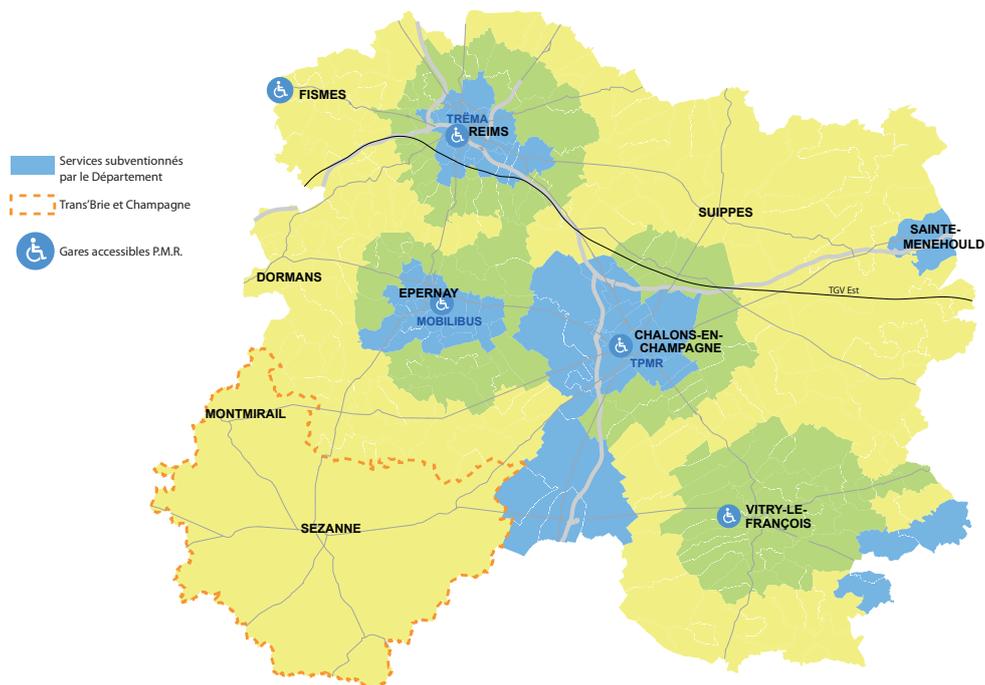
Depuis 2006, MOBULYS est un transport collectif à la demande en zones périurbaines et rurales du département de la Marne. Le service est accessible aux personnes qui ne peuvent emprunter, en raison de leurs difficultés de mobilité, les transports publics habituels :

- les personnes handicapées titulaires d'une carte d'invalidité
- les personnes bénéficiaires de l'Allocation personnalisée d'autonomie (GIR 1-2-3-4)

Au titre de l'année 2015, le budget relatif au TPRM MOBULYS s'élevait à 361 875 €, pour 8 655 voyages et 820 ayants droits.



► **Mobulys : service de transport pour les personnes à mobilité réduite**



► **Le Schéma directeur d'accessibilité des transports**

Parmi les différents axes du schéma adopté en 2009, les mesures concernant particulièrement les seniors étaient : la mise en accessibilité des lignes régulières, le développement du transport à la demande, le recensement des points d'arrêt, ainsi que la sensibilisation des communes.

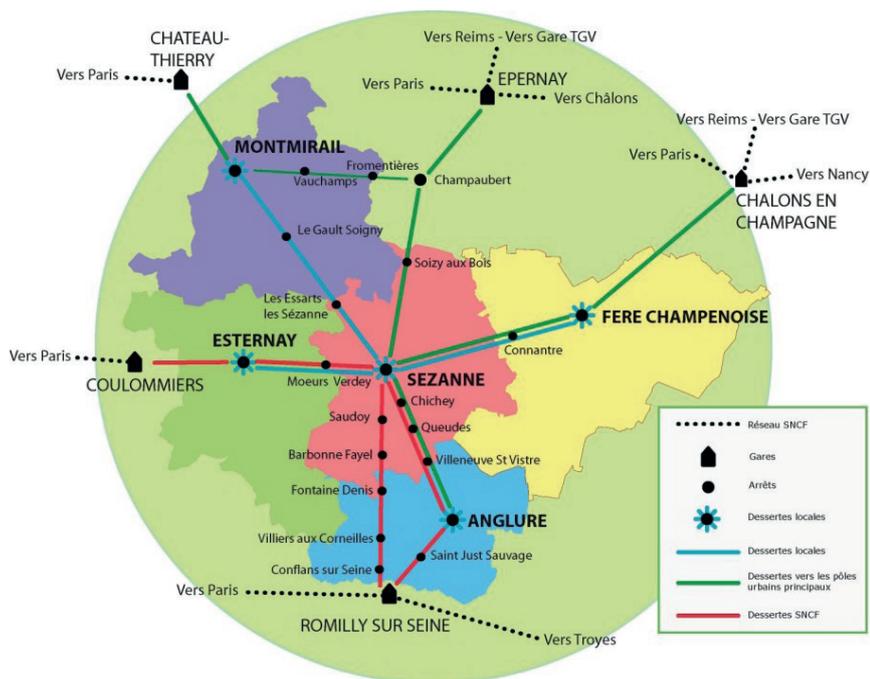
Dans ce cadre a été réalisée l'une des avancées de la mise en place du réseau " Marne mobilité " : toutes les lignes régulières du réseau marnais sont équipées de véhicules usagers en fauteuils roulants (UFR) permettant l'accès par le biais d'une rampe et avec un emplacement spécifique dans le véhicule.

► **Trans' Brie et Champagne**

Innovant et en service de juin 2009 jusqu'en mai 2015, il fut un dispositif de transport collectif, sur réservation, accessible à tous, développé sur le secteur sud-ouest marnais, pour lequel le Conseil général s'était engagé sur une participation à hauteur de 50 % du déficit.

Au titre de l'année 2014, le budget relatif au Trans'Brie et Champagne s'élevait à 160 000 € pour 6 010 voyages réalisés.

Depuis le 1^{er} juin 2015, ce service est remplacé par une ligne sur réservation entre Sézanne et Romilly.



Des actions à destination des aidants

> Des réponses diversifiées

Objets de préoccupations, les aidants naturels ont connu de multiples initiatives d'aides et d'accompagnements. Des actions ont vu le jour en relation avec les CLIC (des stages de formation, des groupes de parole animés par une thérapeute, des conférences, des spectacles, des cafés des aidants...), ou à l'initiative de la CARSAT et de la MSA (Les rendez-vous des aidants familiaux).

Cependant, la participation des aidants est faible et nécessite d'autres innovations pour les « toucher » plus individuellement.

> Une enquête menée par le Conseil général

Cette enquête a été menée auprès des aidants naturels des bénéficiaires APA. C'est une des rares enquêtes réalisées sur un volume aussi important (1 607 aidants ont répondu).

Parmi les enseignements de l'enquête, 49,7% des aidants sont des enfants et 29,3 % sont des conjoints. Deux groupes de difficultés rencontrés par l'aidant se détachent : l'âge et la santé. Les besoins mis en exergue sont le répit (40,3 % déclarent en manquer) et la nécessité d'une plus grande facilité d'accès aux structures qui le permettent (accueil de jour, accueil temporaire...), notamment pour le rural sur la question du déplacement.

Des actions de prévention source de bien-être et d'économies

Se sont particulièrement distingués, les acteurs de la prévention que sont :

- les caisses de retraite (CARSAT, MSA, RSI...)
- le réseau gérontologique
- les associations du 3^{ème} âge ou clubs sportifs

Un nombre significatif d'actions de prévention ont pu être mises en place, parmi lesquelles il peut être noté et poursuivi :

- les Ateliers PEPS-EUREKA de la MSA (10 séances de 2h30 par groupe de 10 personnes)
- les activités Gym'Equilibre ou Gym'Activité proposées par les clubs de la Fédération de Gymnastique Volontaire (FFEPGV)

Les évolutions de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA)

- le nombre de bénéficiaires est fin 2015 de 3 700
- le budget annuel consacré est de 16 M€
- la part prestataire représente 77,57 %, la part mandataire 4 % et la part emploi direct 18,43 %
- les montants moyens par GIR ont augmenté en moyenne de 35 % depuis 2005

L'évolution des interventions à domicile par les services prestataires

	2005	2010	2015
Nombre de services d'aide à domicile autorisés	12	13	11
Nombre d'heures d'intervention (tous types de financement compris)	1 269 149	1 712 779	1 330 217
Niveau de qualification (% auxiliaire de vie sociale sur l'ensemble du personnel d'intervention)	14,8 %	31,5 %	33,08 %

Objectif atteint au précédent schéma, il convient de noter une forte augmentation de la qualification. Par ailleurs, deux dispositifs innovants de « garde itinérante » à Reims ont été créés. Enfin, deux liquidations de services ont eu lieu en 2013 et 2014, qui ont cependant été repris. Une réduction importante de l'activité depuis 2013 s'opère.

La coordination à domicile

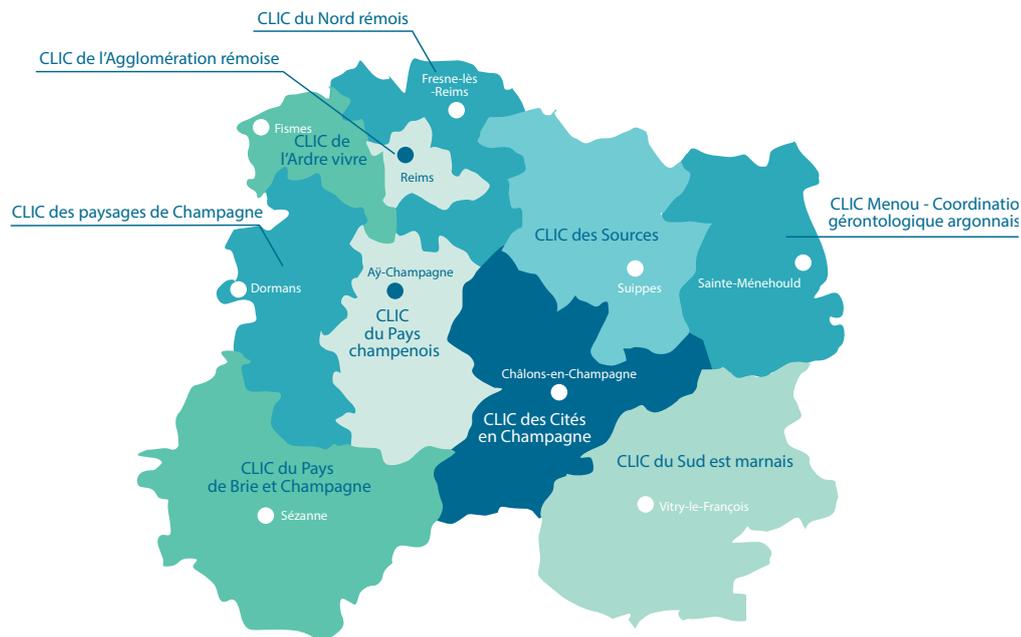
> LES CLIC

C'est un service public gratuit mis en œuvre par les partenaires locaux sous l'égide du Conseil départemental qui assure l'information, le conseil et la coordination des acteurs auprès des personnes âgées. A ce titre, en 2014 : 4 787 personnes ont été aidées (niveau 2-3)

Le renforcement et la couverture intégrale du département étaient un objectif majeur du schéma qui a été atteint. Depuis 2005, le territoire marnais s'est progressivement doté de 4 CLIC supplémentaires et d'une extension de périmètres avec des moyens consacrés en progression constante :

- 2005 : 399 000 € pour 6 CLIC
- 2010 : 710 000 € pour 7 CLIC
- 2016 : 847 000 € pour 10 CLIC

► CLIC de la Marne



Un schéma bénéficiant de renforcements par des plans nationaux

La mise en œuvre du plan Alzheimer 2008-2012 englobe des actions en direction des aidants telles que :

- le financement d'actions de formation des aidants familiaux,
- la création d'ESA (Equipes Spécialisées Alzheimer) : 30 places (10 à Reims et 20 à Châlons),
- la création d'une plateforme de répit et d'accompagnement au CHU de Reims
- la coordination des acteurs par la création de 3 MAIA (méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie) : Reims, Épernay et Châlons-en-Champagne
- un développement des services.

Particulièrement mis en exergue, la faiblesse des SSIAD marnais en nombre et en dotation a été corrigée par la création de 322 places de SSIAD – PA depuis 2006 permettant de disposer de 946 places au 1^{er} janvier 2015

De nombreuses solutions de répit ont été développées en relation entre l'ARS et le Département avec :

- la création de 69 places d'hébergement temporaire soit 94 places au 1^{er} janvier 2015,
- la création de 57 places d'accueil de jour soit 94 places au 1^{er} janvier 2015

2 | L'ACCUEIL INSTITUTIONNEL

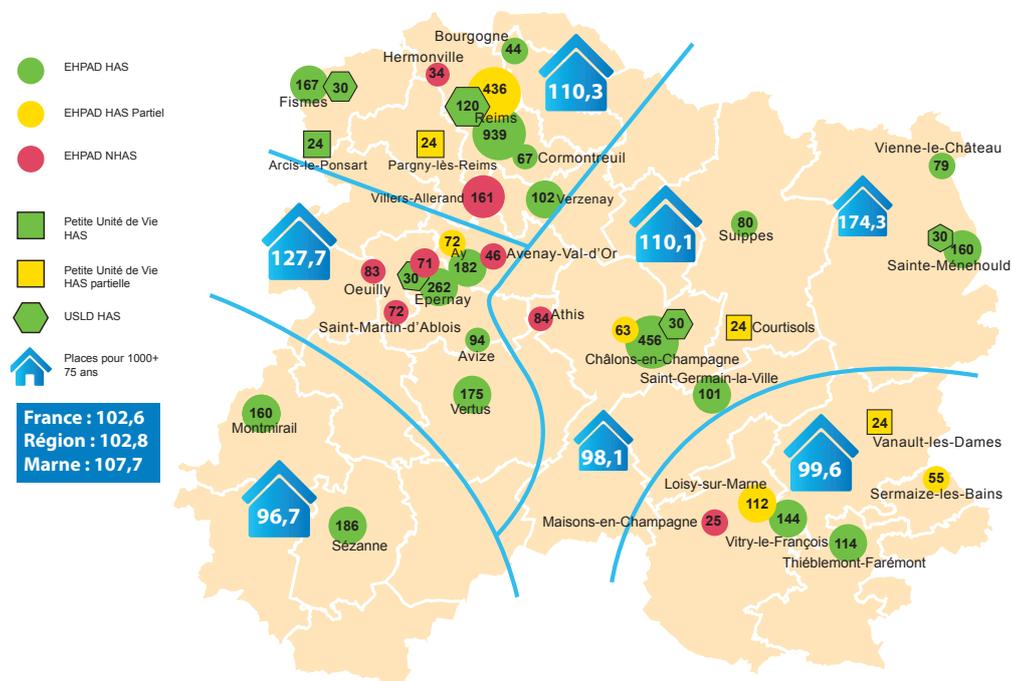
► Évolution quantitative de l'offre d'hébergement (capacité exploitée dans le département)

	2005	2010	2015
EHPAD	4 333	4 692	4 877
USLD	776	240	240
Petites Unités de Vie (PUV)	48	48	96
Total	5 157	4 980	5 216

La période 2005/2010 est fortement impactée par la réforme des USLD et le gel de places pour travaux. La période 2010/2015 connaît 2 créations d'EHPAD et plusieurs extensions. Environ 100 places sont actuellement gelées dans le cadre de projets de reconstruction.

En outre, 2 Petites unités de vie répondant au label MARPA de la MSA ont été créées sur un objectif de 4 inscrites au schéma en 2006.

► Répartition des lits pour personnes âgées (10/02/2015)



Évolution du public accueilli et des moyens d'accompagnement

► La perte d'autonomie

La période 2005-2015 fut celle d'une forte hausse de la perte d'autonomie dans les établissements marquée tout à fois par un GMP (moyenne pondérée des GIR des résidents) en hausse :

- GMP 2005 : 622
- GMP 2010 : 675
- GMP 2014 : 694

Et une progression du nombre de bénéficiaires de l'APA Établissement

- 2005 : 3 032
- 2015 : 4 380 (dont 3 860 en établissements Marne)

Cette forte hausse a été accompagnée par une évolution des budgets dépendance attribués aux établissements sur la période :

	2005	2010	2015
Montant des charges nettes dépendance	20 366 000 €	25 142 000 €	29 349 000 €
Coût à la place	3 986 €	5 097 €	5 735 €

Sur la même période, les dépenses d'APA Etablissement du Département ont progressé :

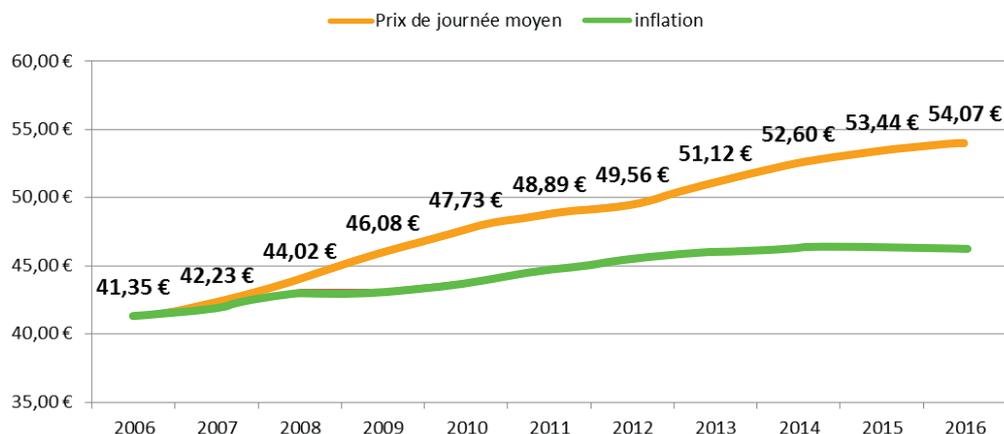
	2005	2010	2015
APA établissement	10,5M€	15,1M€	16,2M€

Cela a été concrétisé par une adaptation des moyens humains à la hausse :

- Des créations de postes d'Aides-soignants en EHPAD/USLD :
 - 2008 : 1 100 ETP d'AS
 - 2010 : 1 155 ETP d'AS
 - 2015 : 1 324 ETP d'AS
- Des créations de poste de psychologues en EHPAD/USLD :
 - 2008 : 13 ETP de psychologue
 - 2010 : 16 ETP de psychologue
 - 2015 : 24 ETP de psychologue

► Adaptation des moyens d'hébergement

► Évolution des tarifs moyens hébergement des EHPAD habilités dans la Marne



> Le public accueilli aujourd'hui

Enquête auprès des EHPAD (sur leurs résidents 2014)

- L'origine des entrants en EHPAD
 - 48,4 % : domicile
 - 25,4 % : SSR
 - 11,4 % : autre EHPAD
 - 14,7 % : autres
- Motifs des entrées en EHPAD
 - 31,2 % : autonomie physique et cognitive
 - 25,4 % : autonomie physique
 - 11,4 % : autonomie cognitive
 - 14,7 % : isolement
- Durée moyenne d'attente à l'entrée : 3 mois
- Durée moyenne de séjour des résidents présents: 3,4 ans (5,1 ans en 2005)
- Âge d'entrée en établissement : 83,5 ans
- Âge moyen des résidents : 86,9 ans
- 29,8 % de la capacité d'un établissement renouvelée chaque année (dont 80 % pour décès) (1 065 résidents décédés en 2013 dont 421 dans l'établissement)
- Importance de la maladie d'Alzheimer et troubles apparentés : 24 % des résidents ont un diagnostic posé et les estimations présentées par les établissements varient de 24 à 100 % des résidents.

> L'adaptation et l'amélioration des bâtiments depuis 2005

Au cours de la période 2006-2015, un effort important a été poursuivi pour conforter la qualité d'accueil en établissement. Les projets suivants ont ainsi pu être menés :

- 2 créations d'établissements :

Villa Beausoleil (Loisy-Sur-Marne), Les Parentèles (Reims)

- 9 réhabilitations complètes ou partielles d'établissements :

Sarrail (Châlons), Thieblemont, Fismes (CH), Sézanne (CH), Vitry-le-François (CH), Roux (CHU Reims), Nicolas Rolland (Reims), Sales Aviat (Sézanne), Le Hameau Champenois (CH Épernay)

- 7 constructions ou reconstructions intégrales de bâtiments :

Avize, Monseigneur Bardonne (Châlons), Montmirail (CH), Sainte-Ménéhould (CH), Le Grand Jardin (Bourgogne), Les Opalines (Athis)

- 5 opérations en cours :

Résidence Clémenceau (Bezannes), Nazareth (CH Montmirail), Vertus, Résidences d'Automne (Châlons)

> Le soutien à la création de structures en milieu rural

Par ailleurs, 2 MARPA ont été créées (Courtisols et Pargny-les-Reims) et la Petite Unité de Vie de l'Abbaye d'Igny a connu une réhabilitation intégrale de 2008 à 2011.

> L'amélioration qualitative de la prise en charge

Dans le champ institutionnel, la mise en place du plan Alzheimer 2008-2012 a permis de renforcer la capacité d'intervention des EHPAD vers ce public devenu majoritaire :

- Référencement Alzheimer de 722 places d'EHPAD en hébergement permanent
- Création d'UHR (Unité d'Hébergement Renforcé) (objectif fixé : 3 dans la Marne, réalisé : 2)
- Création de PASA (Pôles d'Activités et de Soins Adaptés) dont le nombre est de 15 dans la Marne

L'accompagnement des EHPAD dans le cadre des démarches qualité s'est organisé autour de réunions départementales sur les bonnes pratiques professionnelles dans les EHPAD, de travaux sur le sujet du médicament en EHPAD, d'actions de sensibilisation à l'hygiène bucco-dentaire des résidents, de l'accompagnement des établissements dans la démarche qualité (évaluations internes et externes), par un appel à projet relatif à la prévention des chutes en 2013 (89 actions portées par des EHPAD marnais pour 500 000€ de crédits attribués par l'ARS).

La période du schéma fut également marquée par une action forte en faveur de l'animation avec une aide départementale à l'animation en EHPAD de 2009 à 2012 de 900 000€/an. En raison d'un contexte financier difficile pour les collectivités départementales, cette action dû être transformée par une majoration volontariste des tarifs des établissements habilités (+ 0,50€) pour pérenniser l'amélioration ressentie.

Par ailleurs, le Département a mis en place une politique de contrôle des établissements : 33 l'ont été par ses services de 2009 à 2014.

LES ORIENTATIONS STRATÉGIQUES



Quand Epicure, dans ses lettres et maximes, parle de la vieillesse, il dit: «celui qui exhorte le vieillard à bien s'éteindre est stupide». Epicure invite de fait plutôt le vieillard à bien vivre.

C'est cette maxime que nous nous sommes efforcés de suivre dans les travaux des groupes de réflexion. En effet, favoriser le bien-être des personnes âgées dans toutes les étapes de la vie, représente à la fois le socle et le fil conducteur des 3 orientations qui constituent l'ossature de ce schéma.

Considérant que la prise en compte de cet état de bien-être se fonde sur des possibilités comportementales (motrices, cognitives, sensibles), un état de satisfaction psychique (optimisme, conformité entre objectifs visés et situations atteintes), une qualité de vie appréhendée à travers une évaluation positive des relations familiales, amicales, des activités et entreprises menées, du logement, du voisinage, des revenus..., il nous fallait investiguer tous ces domaines afin d'en définir les axes d'action.

La vieillesse dans la société industrialisée est la période de la vie où les facteurs de risques s'accumulent. L'isolement, la pauvreté, la maladie sont le sort de beaucoup. La vieillesse est aussi la période de la vie où les facteurs de stress ont le pouvoir pathogène le plus grand, parfois mortel. Le décès du conjoint ou d'un proche, un accident, une hospitalisation d'urgence, un cambriolage sont dangereux par leur soudaineté, débordant toute compensation. Les facteurs de stress deviennent très vite des facteurs de détresse. Ainsi l'accompagnement des personnes âgées reste primordial, tant dans leur vie que dans leur choix de vie, il doit d'ailleurs commencer tôt afin de limiter les risques de rupture.

Le Département, en tant que chef de file de l'action sociale détient la mission d'organiser cet accompagnement en offrant des solutions pouvant correspondre à tous les profils et demandes.

C'est en abordant la notion de parcours de la personne âgée que nous retraçons les réflexions et analyses menées : comment se prépare-t-on à vieillir à domicile, comment vieillit-on à domicile et avec quel accompagnement, quelles solutions de passage entre domicile et établissement et enfin, qu'offrent les institutions pour appréhender le grand âge et la perte d'indépendance ?

4 thèmes ont été explorés dans les groupes de travail : la prévention, l'accompagnement à domicile, les solutions alternatives d'hébergement, l'offre de prise en charge en établissement médicalisé, qui ont ainsi permis de mettre en exergue les 3 grandes orientations constitutives de la démarche du bien vieillir dans la Marne :

- ① **Le bien vieillir, une situation individuelle qui se prépare**
- ② **Le vieillissement, une réponse collective qui s'organise**
- ③ **L'adaptation de la société au vieillissement s'accompagne**

① La première orientation s'attache à la prévention et au conditionnement de la deuxième partie de la vie, après la vie dite « active ».

Ainsi, bien vieillir c'est :

- vieillir en bonne santé, première condition d'un vieillissement dit réussi. L'attention portée aujourd'hui aux activités physiques et intellectuelles, à l'équilibre alimentaire, et d'une manière élargie à la prévention et à l'éducation en santé est le signe visible que la société toute entière se préoccupe de prévenir la perte d'autonomie.
- vieillir dans un environnement social et culturel riche en activités et en relations humaines. L'estime de soi et l'image que nous donnons aux autres dépendent en grande partie de l'utilité sociale que nous conservons dans la vie après le travail. Il est essentiel de préserver l'estime que l'on a de soi, d'accepter de vieillir avec la perspective de mourir mais de garder des projets pour toutes les étapes de la vie en accueillant toutes les évolutions physiques et sociales.
- vieillir dans un logement qui pourra être aménagé pour faire face à une éventuelle perte d'autonomie. Chaque année, plus de 2 millions de personnes âgées de plus de 65 ans (soit une sur trois) tombent, et une chute sur deux a lieu au domicile.

2 La deuxième orientation s'est focalisée sur la prévention secondaire.

La perte d'autonomie correspond à la difficulté d'assumer seul la satisfaction des besoins élémentaires de la vie (manger, boire, se vêtir, se laver...), mais aussi d'entretenir sa maison, de gérer ses comptes, de faire ses courses ou de rencontrer d'autres humains. C'est l'ensemble de ces incapacités qui fait craindre la vieillesse. Si les problèmes de santé sont souvent la première cause de perte d'autonomie, les facteurs environnementaux peuvent être aggravants ou au contraire peuvent atténuer, voire gommer, leur incidence sur la vie quotidienne. L'aménagement du logement individuel et son adaptation apportent un bénéfice important, sans lequel le maintien à domicile est plus délicat lorsque la dépendance arrive. Un éclairage trop faible, des sols glissants, des meubles trop hauts... Il est indispensable dans un premier temps de vérifier quelques points essentiels, puis de pouvoir faire diagnostiquer le logement par des professionnels.

Par ailleurs, le soutien à domicile peut vouloir dire accueil dans un autre domicile. Dépasser la césure domicile-établissement permet d'envisager des solutions alternatives d'hébergement propres à maintenir le plus longtemps possible une autonomie. En effet, l'entrée en établissement apparaît souvent comme un choix par défaut, souvent rattaché à un événement déclencheur, qui a déstabilisé l'équilibre de la vie à domicile (détérioration de l'état de santé, décès, maladie ou épuisement de l'aidant principal). C'est souvent dans l'urgence que la famille cherche une solution. Or aujourd'hui, nous disposons de possibilités de sortir de la réponse binaire « tout domicile » ou tout « établissement ».

Il apparaît par conséquent opportun, sinon nécessaire de pouvoir faire connaître ou favoriser des solutions alternatives au maintien à domicile, correspondant au parcours de vie des personnes et à leur degré d'autonomie, évaluées et proposées en tenant compte de leur environnement : logements adaptés regroupés, résidences senior, résidences autonomie, MARPA, béguinages, accueil de jour, familles d'accueil, de nombreuses solutions parfois insuffisamment connues des familles mais aussi des collectivités qui souhaitent créer des projets spécifiques pour leur population âgée.

L'alternative au domicile peut également être constituée par un domicile différent. La domotique apporte des solutions qui facilitent la vie de tous les jours et permettent à la personne âgée de conserver et prolonger son autonomie. Il faut faire connaître ces solutions, les voir, les toucher, les expérimenter, et pas seulement lorsque le besoin se fait prégnant mais en amont.

Le changement de paradigmes est à l'œuvre, les réflexions sur l'adaptation de sa résidence, quelle qu'elle soit, se font de plus en plus tôt. Il nous faut tabler sur l'innovation sociale et profiter de l'apport de cluster, gérontechnologies, méthodes living lab et autres démonstrateurs d'innovation afin de réfléchir et créer des solutions d'accompagnement, en lien avec les partenaires.

Lorsqu'est évoqué l'accompagnement des personnes âgées, le rôle et la place des aidants sont naturellement et fortement cités : reconnaître, aider, valoriser, former ces personnes, autant d'actions qui concourent à les maintenir et soulager dans des conditions de vie propices à leur santé physique et psychique auprès de leur « aidé ».

Par ailleurs, les services concourant au maintien de l'autonomie des personnes âgées sont des acteurs majeurs de terrain dans la réalisation des actes d'aide et d'accompagnement auprès des personnes âgées. Or, le système d'aides et de soins se caractérise en France par une grande fragmentation. De multiples professionnels interviennent à domicile et cette fragmentation est responsable d'une grande difficulté à coordonner et à se transmettre les informations.

C'est pourquoi nous proposons des dispositifs visant à développer l'information aux usagers, circonscrire le rôle des multiples intervenants à domicile ainsi que leurs outils afin de fluidifier et de simplifier les relations.

Ces services se sont amplement développés depuis notre dernier schéma, tant en termes de couverture territoriale, de nombre de places ou capacités d'interventions, et de spécialités sanitaires et/ou médico-sociales. Les services d'aide à domicile, les SSIAD, les CLIC, les MAIA, les ESAD, appartiennent en effet à ce paysage gérontologique, pour lequel il convient aujourd'hui de s'arrêter pour en faire une analyse éclairée. Vérifier l'adéquation de l'offre de services aux besoins, l'ajuster en conséquence, en déterminer les évolutions à venir, qualitatives ou quantitatives, s'assurer de leur capacité à s'adapter et à se maintenir, tels sont les objectifs qui ont animé les groupes de réflexions, d'où émanent les propositions qui vous sont présentées ci-après.

3 La troisième orientation s'attache à la dernière partie du parcours de la personne âgée qui, en fonction de son degré d'autonomie ou de son choix peut être amenée à envisager une entrée en établissement. Donner toutes les clefs de cette recherche aux futurs résidents et à leur famille a donc constitué une problématique que nous nous sommes efforcés de résoudre.

Le bien-être et le bien vieillir se devaient également d'être étudiés en établissement, comme à domicile. Ainsi animation, nutrition, vie nocturne, autant d'éléments du quotidien qui méritent une attention particulière, au même titre que les soins, car ils participent à notre objectif de bien-traitance.

S'agissant de l'offre d'accueil en établissement médicalisé, nous constatons que le taux d'équipement dans la Marne est de 106,9 places pour 1000 habitants de plus de 75 ans, supérieur à la moyenne nationale de 7,3 points. Ce paramètre déterminant est à prendre en compte dans nos projections à venir de capacités d'établissements et nous interroge plutôt sur le bien-fondé de la localisation que sur le nombre de places. Néanmoins, à la marge, l'ajustement des places aux besoins du territoire doit être examiné, quelques extensions non significatives de places peuvent ainsi parfaire l'offre sur un territoire donné. Aujourd'hui, entre la décision d'entrée en EHPAD et l'entrée effective, se passent 2 à 3 mois, en dehors de l'urgence. Il peut arriver cependant que ce délai s'allonge, non pas en raison de la pénurie de places mais parce que l'établissement convoité (proche des familles, coût correspondant aux ressources, notoriété, qualité de prise en charge...) ne dispose pas au moment opportun de places disponibles, avec une liste d'attente déjà bien pourvue. En dehors de ces situations, nous pouvons dire que le territoire marnais n'est pas en tension pour les places en EHPAD. Cependant, il ne faut pas négliger le fait que les besoins évoluent, et suivent l'accélération du vieillissement des classes d'âge. La montée en charge des besoins, sur les 5 ans de la durée du schéma, pourrait donc aboutir à la nécessité de créer un ou deux établissements, créations qui s'effectueraient alors sur la base d'appels à projets.

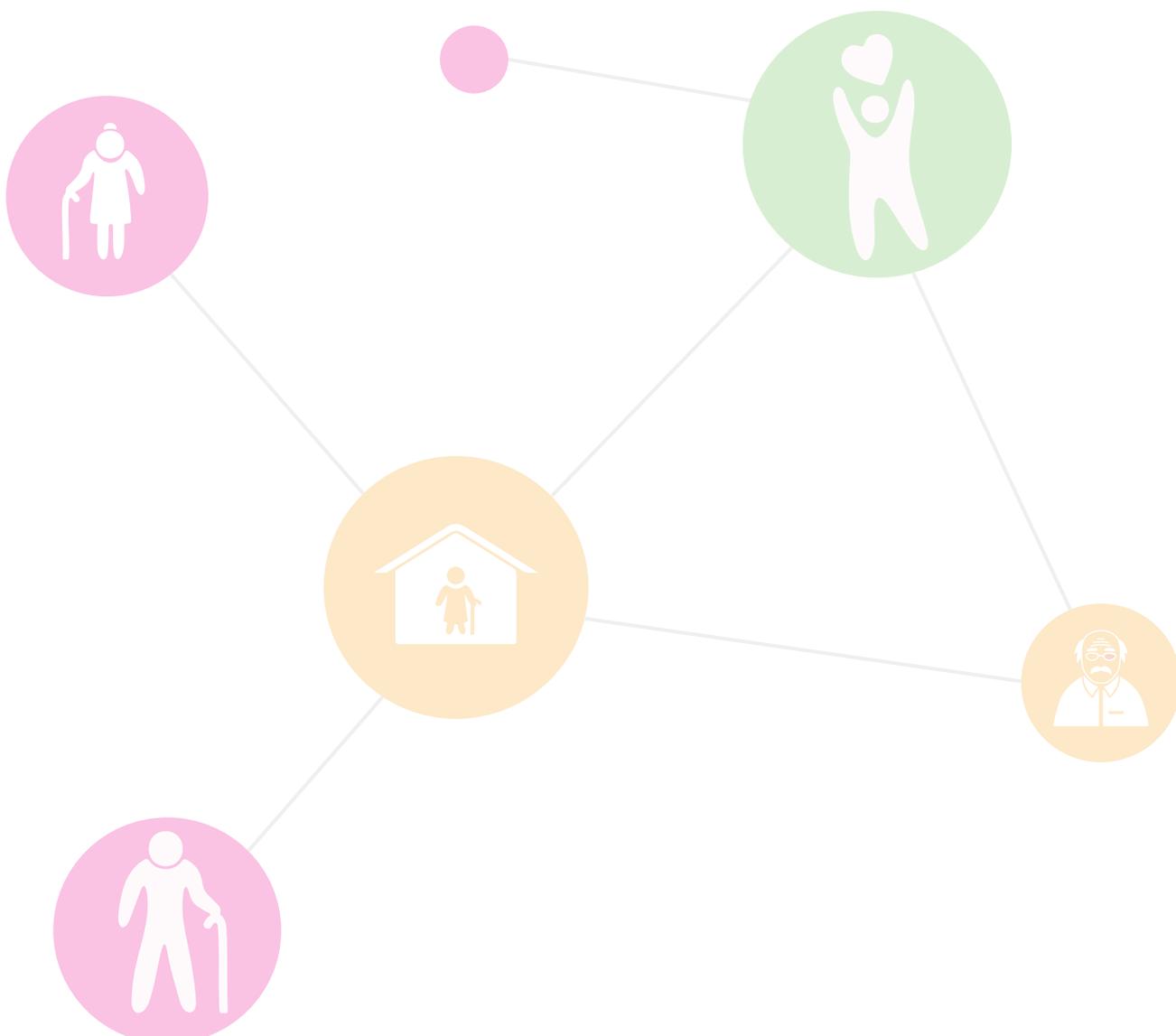
Aussi, en dehors de cette programmation éventuelle, l'enjeu consistera surtout sur la partie « offre en établissements » à envisager les adaptations à initier telles que : qualité, bien-traitance, formation du personnel, spécialisation Alzheimer des unités..., afin d'améliorer le service rendu.

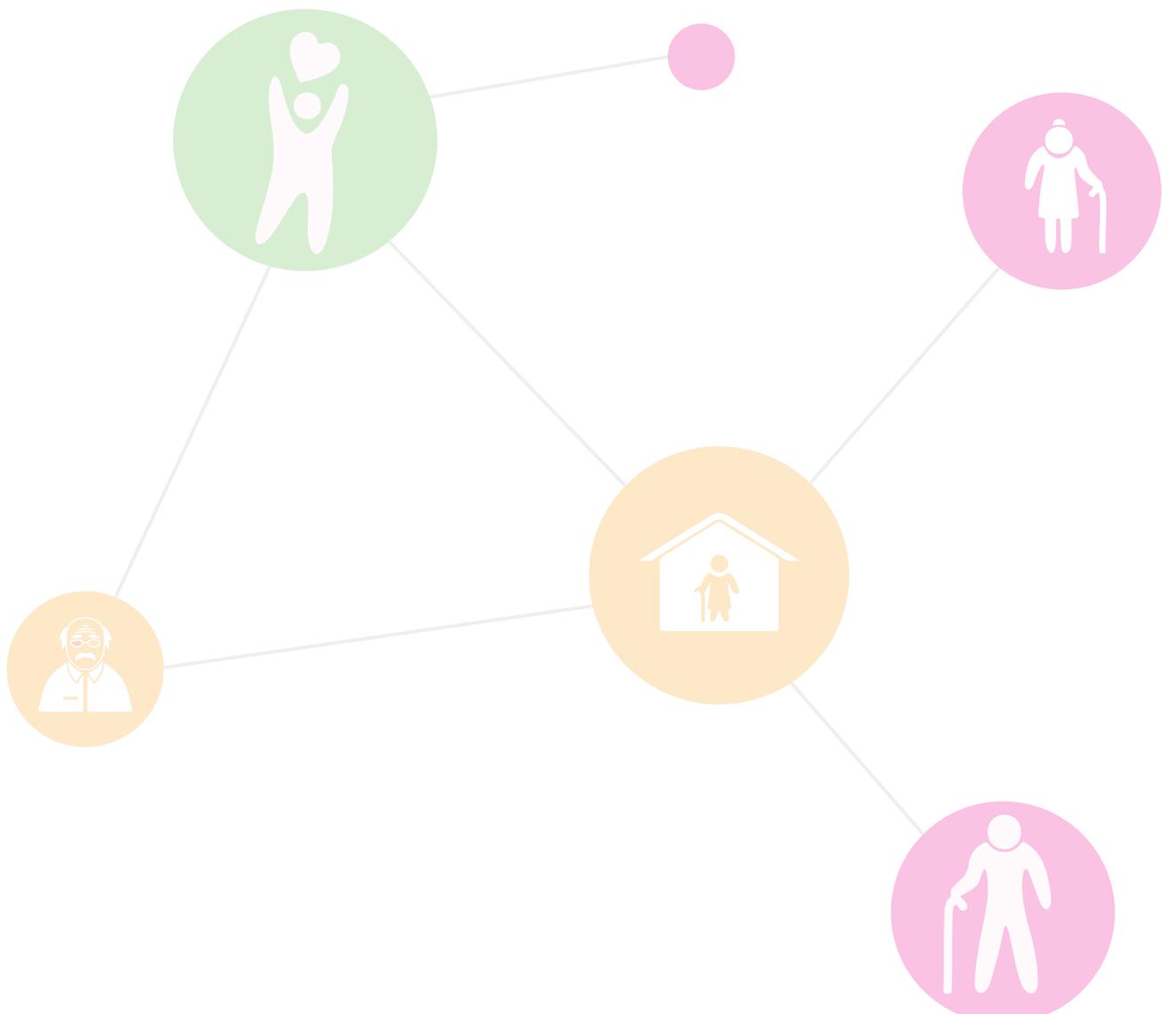
Enfin une attention particulière est portée dans ce schéma sur la grande dépendance et la fin de vie. La spécialisation des équipes de professionnels, le soutien aux aidants, l'interactivité avec les personnes très dépendantes, représentent des actes d'accompagnement essentiels pour aller jusqu'à la fin de la vie et des propositions dans ce cadre ont ainsi pu être énoncées.

Du point de vue de la mise en œuvre et du financement, nombre des propositions ci-dessus vont pouvoir être intégrées dans la « conférence des financeurs ». Rappelons à cet effet que la loi ASV (adaptation de la société au vieillissement), votée le 28 décembre 2015, a installé la « conférence des financeurs » en tant qu'instance chargée de financer des actions de prévention de la perte d'autonomie auprès des personnes âgées. Elle anime et coordonne ainsi au niveau du département et sous l'égide du Président du Conseil départemental, une politique de prévention en faveur de l'autonomie de toutes les personnes âgées, y compris des aidants.

Nous saisissons donc cette opportunité qui permettra de renforcer le partenariat institutionnel déjà très présent dans la Marne et de créer des actions collégiales.

Voilà les principales orientations qui ont sous-tendu les travaux de réflexion, d'investigations, de parangonnage, et de propositions. Elles témoignent de l'engagement du Département en matière de politique en faveur des personnes âgées mais aussi celui des partenaires et acteurs de la politique départementale d'autonomie. Les développements qui vont suivre sous forme de fiches ont vocation à concrétiser la réalisation de ces orientations par des actions à mettre en œuvre pendant la durée de ce schéma, et qui feront périodiquement l'objet d'une évaluation et au besoin d'un ajustement.







FICHES ACTIONS

Les fiches suivantes sont présentées dans ce que l'on pourrait qualifier relever de l'ordre naturel du vieillissement, c'est-à-dire de la fin de l'activité professionnelle à l'apparition progressive des symptômes de perte d'autonomie.

FICHES ACTIONS

1 Bien vieillir, une situation individuelle qui se prépare

Fiche 1.1 : Bien se nourrir pour bien vieillir

Fiche 1.2 : Les exercices physiques garants d'une bonne santé

Fiche 1.3 : L'intégration sociale favorise le bien-être

Fiche 1.4 : Penser l'adaptation du logement dès que possible

2 Le vieillissement, une réponse collective qui s'organise

Fiche 2.1 : Agir sur l'habitat, pour rester autonome plus longtemps

Fiche 2.2 : Maintenir un environnement formalisé et bienveillant autour de la personne âgée

Fiche 2.3 : La coordination garante d'efficacité

Fiche 2.4 : Structuration de l'aide à la personne

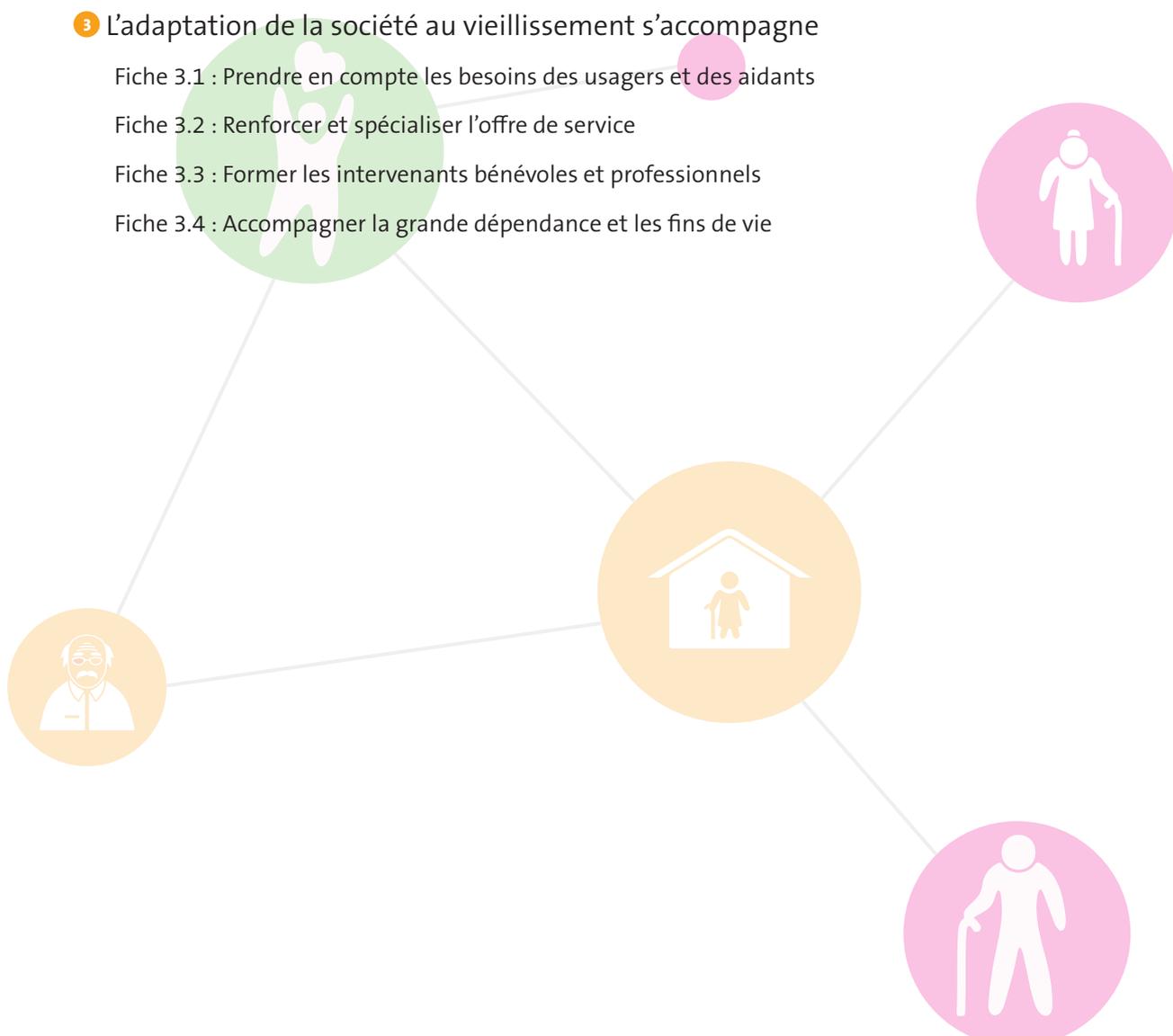
3 L'adaptation de la société au vieillissement s'accompagne

Fiche 3.1 : Prendre en compte les besoins des usagers et des aidants

Fiche 3.2 : Renforcer et spécialiser l'offre de service

Fiche 3.3 : Former les intervenants bénévoles et professionnels

Fiche 3.4 : Accompagner la grande dépendance et les fins de vie



1. BIEN VIEILLIR, UNE SITUATION INDIVIDUELLE QUI SE PRÉPARE

Fiche 1.1 : Bien se nourrir pour bien vieillir

Constats

Comme à tout âge, le principe est de se nourrir en quantité raisonnable et de manière la plus variée possible. En effet, seule la diversité garantit un bon équilibre entre protéines, lipides, glucides et assure un apport convenable en vitamines, minéraux (fer, magnésium, calcium) et en fibres. Il est nécessaire d'être attentif à certains besoins. Après 50 ans, le corps est plus sensible aux écarts de conduite sur certains aliments notamment lorsque ces habitudes sont anciennes.

Pourquoi une bonne alimentation ?

C'est une réponse efficace contre certains maux (fatigue, constipation, douleurs vertébrales). Grâce à un bon apport de calcium, associé à une exposition solaire régulière (vitamine D), elle diminue significativement les risques de fractures (chaque année il y a en France 50 000 fractures du col du fémur). Elle fait donc partie de la prise en charge par chacun de sa propre santé. Une alimentation équilibrée et une activité physique quotidienne aideront à limiter les problèmes de fatigue, surpoids, troubles digestifs et protégeront contre certaines maladies (diabète, hypercholestérolémie, ostéoporose, cancers, maladies cardiovasculaires...).

Après 75 ans, des compléments vitamine D-Calcium sont sauf exception recommandés (sur prescription médicale).

Objectifs

Il s'agit d'adopter les bons réflexes et le cas échéant faire évoluer les habitudes alimentaires de manière ludique sur les classes d'âge en amont de la perte d'autonomie et ainsi contribuer à l'émergence d'une population âgée mieux préparée, et plus en capacité de répondre aux soucis du vieillissement.

Actions

- Diffuser le guide nutrition après 55 ans dans les milieux professionnels (comités d'entreprise, les chambres consulaires, fédérations professionnelles...), dans les clubs sportifs, dans les CLIC et sur le site internet du Département
- Mettre au point une action collective type sous forme d'ateliers de cuisine en lien avec la Maison de la nutrition

Action n° 1.1.1

Diffuser le guide nutrition après 55 ans dans les milieux professionnels (comités d'entreprise, les chambres consulaires, fédérations professionnelles..), dans les clubs sportifs, dans les CLIC et sur le site internet du Département	
Mise en œuvre opérationnelle	Obtenir les droits concernant l'utilisation collective de ce guide élaboré dans le cadre du Programme national Nutrition santé afin de le : <ul style="list-style-type: none"> • mettre en ligne sur le site du Département • imprimer et le diffuser le plus largement possible • intégrer dans les informations transmises par les régimes de retraite
Public visé	Toute personne âgée de plus de 55 ans
Pilote	Département
Partenaires Associés	CLIC, CARSAT, fédérations professionnelles...
Indicateurs d'évaluation	Partenaires contactés et guides distribués

Action n° 1.1.2

Mettre au point une action collective type sous forme d'ateliers de cuisine en lien avec la Maison de la nutrition	
Mise en œuvre opérationnelle	À partir des actions existantes, et de l'apport de l'ingénierie de la Maison de la Nutrition, développer un concept d'action mobile qui pourrait être dupliquée sur les territoires en la mettant à disposition des acteurs souhaitant la porter,
Public visé	Clubs du 3 ^{ème} âge, et tout acteur reconnu dans le champ de la prévention
Pilote	Département
Partenaires Associés	Maison de la Nutrition, CARSAT, CPAM
Indicateurs d'évaluation	Réalisation de l'action

Fiche 1.2 : Les exercices physiques garants d'une bonne santé

Constats

L'avancée en âge produit des effets inéluctables sur l'organisme humain : diminution de la masse musculaire, essoufflements, perte d'équilibre. Rester inactif dans son quotidien peut représenter un facteur délétère pour la santé avec des retentissements physiques, psychologiques et sociaux non négligeables.

La clé d'une meilleure santé passe par une activité physique régulière à tous les âges.

Les répercussions des bienfaits d'une activité physique sont multiples :

- autonomie préservée
- diminution de risque de chute
- lutte contre l'ostéoporose
- entretien des muscles
- amélioration des défenses immunitaires
- création du lien social, des projets

Avant de pratiquer ou de reprendre une activité physique, il convient de connaître et de tenir compte de ses propres capacités, aptitudes et état de santé. Pour cela, il faut être informé, conseillé, pour s'orienter et choisir l'activité physique la mieux adaptée à sa situation personnelle.

Le panel des activités physiques doit être assez varié pour s'adresser à un large public différent en âge de 60 à 90 ans et en conditions : personnes en bonne santé, personnes fragiles, et personnes dépendantes.

Objectifs

Le moyen le plus évident pour prendre en compte et apporter une réponse à l'ensemble de ce phénomène est de mettre en place des programmes et actions qui luttent contre la sédentarité au quotidien et œuvrent pour la pratique d'activités physiques et sportives adaptées et structurées.

La réalisation d'un annuaire des associations sportives proposant des activités pour les seniors en partenariat avec les fédérations, représente une étape indispensable pour recenser, faire connaître et vulgariser le « sport sénior ».

Ces actions seront d'autant plus valorisées et efficaces si elles sont apportées là où se situent le besoin ou la contrainte : en club, en établissements, en résidences autonomes, foyers logements, à domicile. La préparation et la réponse individualisée constituent des gages de réussite, y compris pour les plus fragiles.

Par ailleurs, la lutte contre la sédentarité et l'isolement précoce passe par l'accès à une offre d'associations socioculturelles de proximité attractive. Le réseau des clubs dits « du 3e âge » est à ce titre un acteur important du mieux vivre pour les personnes âgées. Les clubs sont, en outre un échelon de proximité, permettant aux personnes âgées de prendre ou reprendre contact et goût à des activités physiques et sociales.

Actions

- Mieux faire connaître les dispositifs prévention sports / santé
- Impulser et déployer des actions de sports adaptés

Action n° 1.2.1

Mieux faire connaître les dispositifs prévention sports / santé

Mise en œuvre opérationnelle	<p>Création d'un annuaire sports senior</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recenser avec les fédérations sportives toutes les actions dédiées aux seniors en y spécifiant les conditions de la pratique, les bienfaits, les contre-indications, les lieux • Y inclure les clubs du 3ème âge qui proposent des animations et actions de sensibilisation • En assurer la diffusion dans les salons, forums seniors, La Marne le Mag, la semaine des associations sportives, les mairies, les CLIC... • Étudier la possibilité de développer une application accessible par smartphone, <p>Développer et faire connaître les programmes adaptés sports santé notamment s'agissant du diabète, des maladies cardiovasculaires, du cancer</p> <ul style="list-style-type: none"> • Travailler en partenariat avec les instances locales des fédérations sportives impliquées pour mettre en place des stratégies qui recensent les besoins, constituent des groupes et initient des actions réparties sur tout le territoire marnais • Informer et associer les professionnels pour diffuser l'information (CLIC / SSIAD / infirmiers libéraux / médecins traitants...)
Public visé	Les seniors
Pilote	Département
Partenaires Associés	Mouvement olympique et sportif et Réseau Sports Santé Bien-être, Comités régionaux ou départementaux déployant des actions seniors
Indicateurs d'évaluation	<p>Nombre de créneaux structurés et nombre de participants</p> <p>Production et diffusion de l'annuaire sports sénior</p>

Action n° 1.2.2

Impulser et déployer des actions de sports adaptés

Mise en œuvre opérationnelle	<p>Recenser de manière exhaustive les différentes initiatives locales dans ce domaine et cartographier l'offre actuelle</p> <p>Identifier les organisations en capacité de développer tout un programme allant de l'information, la sensibilisation du public, l'évaluation, la pratique d'activités pouvant amener à l'intégration d'un club sportif proposant une pratique ordinaire.</p> <p>Déployer sur les territoires non encore pourvus des actions de sport adapté</p>
Public visé	Les seniors
Pilote	Département
Partenaires Associés	Conférence des financeurs
Indicateurs d'évaluation	<p>Réalisation de l'appel à projet</p> <p>Sélection de l'organisme</p> <p>Suivi des programmes</p>

Fiche 1.3 : l'intégration sociale favorise le bien-être

Constats

L'intégration sociale est un déterminant important de l'utilité, du bien-être et par conséquent de la capacité de résilience des personnes âgées face aux imprévus, tracas quotidiens et ennuis de santé. Concomitamment, le processus d'isolement social, qui touche toutes les couches de la population et ce durant la vie, s'intensifie avec l'avancée en âge et peut avoir des conséquences non négligeables.

En effet, les personnes âgées y sont plus confrontées et par conséquent vulnérables du fait de facteurs déclenchant plus fréquents : le vieillissement et la perte des repères traditionnels (vie professionnelle,...), la perte d'un être cher, la maladie, le handicap, l'éloignement de la famille, l'incompréhension et le manque d'écoute,... À titre d'exemple, 27 % des personnes âgées vivant à leur domicile ont moins de 5 discussions par mois et 1 personne âgée sur 4 vit seule (chiffres 2014, Fondation de France).

Par ailleurs, l'organisation de notre société fondée sur l'individu, nos modes de vie et finalement les liens relativement lâches de notre tissu social et familial expliquent pour partie l'absence de prise de conscience par la population de ce phénomène.

Cet isolement social complexifie également la bonne mise en œuvre des prises en charge compromettant ainsi la santé physique et mentale des personnes.

Objectifs

Le lien social est donc un facteur de bien-être et l'ensemble des acteurs doit pouvoir proposer des actions ou activités qui le favorisent et permettre à la personne âgée de s'ouvrir à l'extérieur ou de maintenir cette ouverture sociale

Actions

- Favoriser le développement des informations de prévention primaire afin de (re)créer du lien
- Inciter les clubs du 3ème âge à une démarche de projets attractifs pour les seniors
- Créer et renforcer les liens de solidarité et de fraternité
- Susciter, encourager et valoriser le bénévolat de proximité

Action n° 1.3.1

Favoriser le développement des informations de prévention primaire afin de (re)créer du lien	
Mise en œuvre opérationnelle	<ul style="list-style-type: none"> • Coordonner l'information de premier niveau en l'adossant aux communes, échelon pertinent et connu du grand public • Assurer une plus grande cohérence d'intervention entre les différents relais d'information par une mobilisation des CLIC comme des ressources de second niveau • Mettre à disposition des professionnels des caisses de retraite (agent d'accueil, travailleurs sociaux) des supports d'informations détaillés leur permettant de renseigner, conseiller et orienter leurs usagers
Public visé	Jeunes et futurs retraités
Pilote	Département, CLIC, caisses de retraite (MSA, RSI, CARSAT,...) communes
Partenaires Associés	Collectivités, employeurs,
Indicateurs d'évaluation	Questions réponses des bulletins d'informations communales

Action n° 1.3.2

Inciter les clubs du 3^{ème} âge à une démarche de projets attractifs pour les seniors	
Mise en œuvre opérationnelle	Inciter les clubs du 3 ^{ème} âge à des actions innovantes, mobilisatrices et attractives par des aides financières conditionnées aux projets.
Public visé	Les seniors
Pilote	Département
Partenaires Associés	Les clubs du 3 ^{ème} âge
Indicateurs d'évaluation	Nombre d'actions Nombre de participants

Action n° 1.3.3

Créer et renforcer les liens de solidarité et de fraternité	
Mise en œuvre opérationnelle	<ul style="list-style-type: none"> • Élargir autant que possible les propositions d'intégration des personnes à toutes les activités de la cité, permettant de créer des réseaux d'entraide et de convivialité • Intégrer ces personnes aux actions d'animations des résidences autonomie, des MARPA, Cafés bavardages... • Favoriser les liens intergénérationnels en faisant connaître la colocation avec les étudiants
Public visé	Les personnes âgées en situation de solitude et d'isolement
Pilote	Département / Comité de pilotage MONALISA
Partenaires associés	Les structures d'animation
Indicateurs d'évaluation	Nombre de personnes participantes



Action n° 1.3.4

Susciter, encourager et valoriser le bénévolat de proximité	
Mise en œuvre opérationnelle	<ul style="list-style-type: none"> • Encourager et susciter <ul style="list-style-type: none"> - Contacter les mairies du département pour recenser les bénévoles - Communiquer sur les besoins en bénévolat par le biais d'articles sur la publication des communes et du Département (La Marne Le Mag) - Proposer des rencontres sur les territoires pour expliquer les besoins et le rôle du futur bénévole - Créer un outil de communication « devenir bénévole » à disposition dans les mairies, les CLIC, les clubs du 3ème âge, les associations de retraités • Valoriser et reconnaître le rôle du bénévole <ul style="list-style-type: none"> - Proposer aux futurs bénévoles référencés et aux associations une formation spécialisée - Évaluer régulièrement leurs interventions, fonctionnement, la gestion de leur implication et affects par le biais de suivi prenant la forme de groupe de supervision - S'appuyer sur des modèles déjà existants ayant prouvé leur pertinence dans ce domaine (formation MSA / formation MONALISA...)
Public visé	Les bénévoles
Pilotes	Département / COFIL MONALISA
Partenaires associés	Les communes, les associations de bénévoles
Indicateurs d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de réunions et de participants • Nombre de nouveaux bénévoles • Réalisation de flyers

Fiche 1.4 : Penser l'adaptation du logement dès que possible

Constats

Disposer d'un logement adapté est une des conditions environnementales indispensables pour maintenir une bonne qualité de vie. La pertinence des réponses apportées tient notamment dans la prévention en amont de la situation de crise (exemple : les chutes, adaptation de la salle de bains...) et également par une meilleure communication-information sur les possibilités de logements intermédiaires et les autres types d'accueil.

Continuer à vivre « chez soi » est la situation souhaitée par la majorité des personnes âgées. Encore faut-il que le lieu de vie soit adapté aux besoins de la personne et à l'évolution de sa dépendance.

Le développement des technologies pour l'habitat, que celles-ci soient grand public ou marquées « silver-économie », offre une opportunité de conforter l'environnement connu de la personne âgée et construire chez elle une véritable forme alternative d'hébergement ni médicalisée ni collective. Néanmoins, les personnes sont souvent démunies devant la pluralité de solutions et leur technicité.

La complexité de l'adaptation du logement provient également du fait qu'elle n'est vraiment efficace que si elle est personnalisée, étudiée au cas par cas, évoluant en fonction des pertes d'autonomie. Sur l'habitat collectif, les adaptations initiales ne peuvent se cantonner qu'aux adaptations de base.

Sur un aspect financier, les diagnostics habitat intégrant les technologies et le montage des dossiers d'aides financières restent complexes et les restes à charge demeurent élevés. Certaines personnes renoncent ou repoussent les travaux alors que les besoins sont réels.

Objectifs

Les objectifs consistent, en s'appuyant sur le COMAL SOLIHA, partenaire connu et reconnu des acteurs du logement, à développer l'information et le conseil technique auprès des personnes âgées et à former les professionnels intervenants. Sur la réponse d'adaptation, un effort particulier est à engager sur le développement des solutions techniques permises par la domotique et sur leur accompagnement financier.

Actions

- Élargissement du dispositif ADALOGIS 51
- Former les professionnels intervenant au domicile des personnes âgées sur les risques et les améliorations de l'habitat
- Faire de la prévention domotisée de l'autonomie « dans » l'habitat une priorité
- Élargir aux technologies domotiques la procédure de conseils, préconisations, suivi et contrôle après adaptations, auprès des personnes âgées, afin de garantir la qualité des travaux, la transparence des coûts, l'accès aux aides.



Action n° 1.4.1

Elargissement du dispositif ADALOGIS 51	
Mise en œuvre opérationnelle	Harmoniser la classification des logements adaptés en systématisant la classification ADALOGIS dans les pratiques des bailleurs, Recenser de manière exhaustive l'offre de logements adaptés en confiant au COMAL SOLIHA le recensement et la coordination des logements adaptés par les bailleurs en : <ul style="list-style-type: none"> • important les données transmises par les logiciels des bailleurs, • recensant lorsque cela n'est pas possible directement dans la base ADALOGIS (à raison de 200 logements par an, soit 1000 logements supplémentaires répertoriés et proposés sur la durée du schéma soit 5 ans)
Public visé	Bailleurs sociaux
Pilote	COMAL-SOLIHA 51
Partenaires associés	Communes
Indicateurs d'évaluation	Nombre de logements adaptés renseignés dans le logiciel

Action n° 1.4.2

Former les professionnels intervenant au domicile des personnes âgées sur les risques et les améliorations de l'habitat	
Mise en œuvre opérationnelle	Sensibiliser et former les aidants professionnels, les aidants familiaux aux dangers liés au logement, aux solutions et astuces pour y remédier afin de limiter les risques, rendre le logement plus sûr par la mise en place de sessions d'ateliers pour anticiper l'aménagement du domicile et faciliter le travail des aidants Créer un appartement témoin sur les solutions d'adaptation adossé au COMAL SOLIHA (show-room et version mobile)
Public visé	Les professionnels intervenant au domicile des personnes âgées
Pilote	Département/COMAL-SOLIHA 51
Partenaires associés	CLIC/MAIA/EMS/Résidence Autonomie/MARPA/ Gardiens d'immeubles/Aidants familiaux/Cluster PA de Châlons
Indicateurs d'évaluation	Fiche d'évaluation des stages Nombre de visites de l'appartement témoin

Action n° 1.4.3

Faire de la prévention domotisée de l'autonomie « dans » l'habitat une priorité

Mise en œuvre opérationnelle	Prendre en compte dans les plans d'aide APA et les demandes d'aides relevant de la conférence des financeurs les adaptations simples et peu coûteuses : volets électriques, tours de porte lumineux...
Public visé	Personnes âgées à domicile
Pilote	Département
Partenaires associés	COMAL SOLIHA, CLIC
Indicateurs d'évaluation	Nombre de plans d'aides comprenant de la domotique

Action n° 1.4.4

Elargir aux technologies « domotiques » la procédure de conseils, préconisations, suivi et contrôle après adaptations, auprès des personnes âgées, afin de garantir la qualité des travaux, la transparence des coûts, l'accès aux aides.

Mise en œuvre opérationnelle	<p>Dans le cadre du diagnostic technique réalisé auprès des personnes âgées pour l'adaptation de leur logement, sera étudiée la possibilité d'intégrer l'aspect domotique en lien avec le maintien à domicile :</p> <p>anti intrusion pour ne pas avoir à se lever rapidement avec un risque de chute : portier audio ou vidéo, télécommande d'ouverture de porte, etc.</p> <p>éviter les risques techniques afin de limiter les accidents domestiques : alarme fuites de gaz, alarme température, etc</p> <p>faciliter les déplacements de nuit afin de prévenir les chutes : parcours lumineux, capteurs de mouvements, allumage progressif automatique, etc</p> <p>aider à la manœuvre des ouvrants afin de faciliter les manipulations des volets et portails : volets roulants électriques, motorisation des portes ou portail</p> <p>assistance pour le transfert d'informations et la prise en charge d'urgence : téléassistance</p>
Public visé	Personnes âgées à domicile
Pilote	Département
Partenaires associés	COMAL-SOLIHA
Coût	Estimé à 15 000 € dans un programme général diagnostic de 98 000 €
Indicateurs d'évaluation	Réalisation de 270 diagnostics/an

2. LE VIEILLISSEMENT, UNE RÉPONSE COLLECTIVE QUI S'ORGANISE

FICHE N° 2.1 : Agir sur l'habitat, pour rester autonome plus longtemps

Constats

En France, 12 000 personnes âgées par an meurent des suites de chutes. 61 % des chutes se produisent à domicile et 40 % ont lieu entre la chambre et les toilettes. Le maintien à domicile n'est possible que si le logement ne représente pas un obstacle dans la préservation de l'autonomie et la mobilité.

Or, les personnes âgées ont un besoin important d'aides techniques, soit pour leur mobilité, soit pour l'adaptation de leurs logements.

Les différentes applications de la domotique, dont les natures peuvent toucher au bâti, ou aux équipements du domicile, ont l'objectif commun d'aider les personnes à conserver leur indépendance dans les gestes quotidiens.

La domotique consiste à réunir des technologies installées au sein d'une habitation. Elle permet d'automatiser certaines actions du quotidien, de veiller à la sécurité de la personne dans son logement.

Le problème de la connaissance d'une offre très évolutive, du coût, de la maintenance ou des contrôles de sécurité constitue encore aujourd'hui des freins à la généralisation pourtant indispensable de ces dispositifs. Les surcoûts, les abus tarifaires sont fréquents, faute de contrôles et d'une législation nationale adaptée pour les plus fragiles.

La domotisation du logement doit dépasser le cadre de l'habitat personnel et intégrer la question de l'adaptation des habitats collectifs : les espaces communs et les accès demeurent un problème fréquemment évoqué par les personnes dépendantes. En effet, atteindre l'interrupteur, pouvoir appeler l'ascenseur, choisir son étage, pousser la porte d'entrée, etc...ne sont pas tout le temps des actes simples à réaliser.

Dans le parc des bailleurs sociaux, le problème se pose de l'engagement des propriétaires, tout particulièrement sur l'adaptation des logements existants, le bâti neuf permettant plus facilement d'intégrer les conceptions idoines.

Les bailleurs sont conscients et sensibilisés à ces difficultés. Les choix effectués et travaux entrepris témoignent de leur engagement. Néanmoins, ils se trouvent confrontés à la difficulté de pouvoir relouer un appartement connoté handicap et au coût global de maintenance.

Bien que les technologies facilitent l'accès à la domotique par sa généralisation grand public (gestion centralisée de la vidéosurveillance de la maison, l'éclairage, le chauffage, les volets ou encore le portail...), l'utilisation des ondes, la création souple de scénarios de vie, la connaissance de ces réponses technologiques pour un public non aguerri aux smartphones ou applications électroniques restent très difficiles.

Dans leur parcours de vie et leur préférence pour le maintien à domicile, les personnes âgées disposent de solutions diversifiées. En effet, vieillir à domicile ne signifie pas forcément vieillir à son domicile. Des alternatives complémentaires entre domicile et établissement existent déjà, telles les résidences autonomie, les résidences sénior, les petites unités de vie, les MARPA, ou tout autre habitat regroupé avec services. Les besoins constatés sont différents selon qu'il s'agit du milieu urbain ou rural.

L'état des lieux marnais fait apparaître que les MARPA ont trouvé leur public, et qu'il existe actuellement un foisonnement d'initiatives de la part des municipalités, rurales et urbaines, pour créer des structures pour personnes âgées sans réelle connaissance de l'existant, des besoins et du cadre légal. Aucun recensement à l'échelle départementale n'existe et les familles ne se retrouvent pas dans cet entrelacs.

On constate de surcroît que plusieurs initiatives locales ont permis de créer des habitats individuels regroupés, sécurisés, avec services d'animation, ou de conciergerie avec proximité immédiate de services à domicile. Ces logements offrent un cadre adapté aux personnes âgées peu dépendantes en milieu rural avec peu de charges de gestion.

Les foyers logements dans la Marne représentent plus du double de la moyenne française avec un pic sur l'agglomération rémoise. Les taux d'occupation en urbain sont en baisse, les personnes âgées aspirant à des logements supérieurs aux T1. En rural, on note encore des besoins de structures d'hébergement qui favorisent le lien social et luttent contre l'isolement.

La loi sur l'adaptation de la société au vieillissement du 28 décembre 2015, en plus du changement sémantique de foyer logement à résidence autonomie a assigné une mission de prévention de la perte d'autonomie via la délivrance de prestations spécifiques individuelles ou collectives. Il conviendra alors de fixer les objectifs et les actions à retenir.

Il apparaît que l'offre de logement dans la Marne n'est pas sous tension, et que de nombreux logements neufs répondent désormais aux besoins des personnes âgées, aussi ce paramètre doit-il être appréhendé dans la création future de résidences autonomie.

Enfin, des tentatives de baluchonnage (accueil occasionnel d'un professionnel à domicile) ont déjà été testées sur le département, cette solution est présentée comme une offre d'hébergement alternatif chez soi.

Objectifs

En s'appuyant sur l'existant, dispositifs déjà mis en place dans un cadre partenarial comme la bourse aux logements adaptés ou dans le cadre de l'APA, il s'agira de renforcer ces actions afin de développer la prévention secondaire au domicile. L'intégration des nouvelles technologies domotiques viendra faciliter ce mouvement en capitalisant sur l'innovation sociale.

Afin de pouvoir offrir aux personnes âgées le choix de leur résidence, il est nécessaire de porter à leur connaissance ou à celle de leur famille des informations claires sur les types d'habitat adapté et les services associés, ainsi que sur la localisation de ceux-ci.

De même, ces informations à jour peuvent permettre aux collectivités désirant porter des projets adaptés pour leur population âgée, d'affiner leur étude de besoins et de choisir le type d'habitat à créer en toute connaissance du montage de projet, juridique et financier.

La transformation des foyers logement en résidence autonomie entraîne une modification des relations entre le département et ces établissements médico-sociaux en matière de projet, contractualisation et financement. Il convient ainsi d'accompagner cette mutation et de saisir l'opportunité pour ouvrir un peu plus ces structures et les inciter à se doter de services supplémentaires qui favoriseront la prévention de la dépendance.

Enfin, il nous revient d'explorer toutes les voies, y compris celles qui sortent de l'habitat classique, du bégainage au baluchonnage, le temps du schéma étant également un temps d'expérimentation.

Actions

- Faire de la prévention de l'habitat un élément clé du soutien à domicile
- Renforcer le bilan adaptation du logement dans le cadre des plans d'aide APA
- Intégrer la domotique dans les aides techniques des plans d'aide APA
- Mettre en avant l'innovation sociale : créer un « centre ressources » départemental en domotique
- Mettre à disposition un recensement départemental de l'ensemble des habitats alternatifs dédiés aux personnes âgées
- Promouvoir et sécuriser en rural les organisations souples et de proximité d'habitats regroupés dédiés aux personnes âgées en relation avec des services à domicile
- Soutenir la création d'initiatives locales de petites unités de vie de type MARPA dans les secteurs ruraux du département éloignés d'une offre sénior
- Accompagner les foyers logements dans leur transformation en résidence Autonomie
- Favoriser l'accueil temporaire non médicalisé en résidence Autonomie
- Favoriser l'accès aux activités, actions de prévention et services aux personnes âgées non résidentes des résidences autonomie
- Organiser dans un cadre réglementaire sécurisé l'activité de baluchonnage

Action n° 2.1.1

Faire de la prévention de l'habitat un élément clé du soutien à domicile

Mise en œuvre opérationnelle	Proposer à tous les bénéficiaires de l'APA en GIR 4 un diagnostic logement par un ergothérapeute spécialisé intervenant à domicile : <ul style="list-style-type: none"> • Évaluation de la personne et de son environnement : questionnaire, mises en situation • Diagnostic de l'environnement : évaluation des lieux, des espaces, des obstacles, prise de mesures anthropométriques • Synthèse et évaluation par le rapport de visite
Public visé	Les personnes âgées prestataires de l'APA ayant besoin d'un logement adapté
Pilote	Département: Equipe Médico-Sociale (EMS)
Partenaire Associé	COMAL SOLIHA-51
Indicateurs d'évaluation	Phase expérimentale sur un an pour 100 bénéficiaires Bilan évaluatif

Action n° 2.1.2

Renforcer le bilan adaptation du logement dans le cadre des plans d'aide APA	
Mise en œuvre opérationnelle	Compléter le diagnostic d'adaptation du logement (150 diagnostics par an) pouvant être pris en charge conjointement par l'ANAH et le Conseil Départemental dans le cadre de l'APA par un volet préconisation domotique
Public visé	Les bénéficiaires de l'APA
Pilote	Département : Equipe Médico-Sociale(EMS)
Partenaire Associé	Ergothérapeute du COMAL-SOLIHA 51
Indicateurs d'évaluation	Retours des plans d'aides Visites à domicile (EMS)/CLIC/MAIA Retours des Services d'aide à domicile

Action n° 2.1.3

Intégrer la domotique dans les aides techniques des plans d'aide APA	
Mise en œuvre opérationnelle	Intégrer dans les aides techniques du plan d'aide APA des propositions nouvelles après évaluation d'un ergothérapeute à domicile : parcours lumineux, capteurs de mouvements, allumage progressif automatique, motorisation volets roulants, alarmes fuites de gaz... • Chiffrer la participation forfaitaire du Département en la matière
Public visé	Les professionnels intervenant au domicile des personnes âgées
Pilote	Département : Equipe Médico-Sociale (EMS)
Partenaire Associé	Ergothérapeute du COMAL-SOLIHA 51
Indicateurs d'évaluation	Bilan d'activités du COMAL-SOLIHA 51 Nombre de visites à domicile : EMS/CLIC/MAIA

Action n° 2.1.4

Mettre en avant l'innovation sociale : créer un « centre ressources » départemental en domotique

Mise en œuvre opérationnelle	<p>Créer un « centre ressources » départemental, comme observatoire de vigilance, lieu de recensement des actions, des évolutions, des créations, des problématiques liées à la l'adaptation domotique des équipements et de l'habitat.</p> <p>Constitution d'une banque de données permettant d'être une référence, de garantie et de protection pour toute personne âgée ou handicapée.</p> <p>Ce centre ressource serait intégré à l'espace de démonstration (« showroom ») d'un lieu de vie adapté</p> <p>Il sera créé en lien avec les autres dispositifs de réflexion et ingénierie sur la silver économie : gérontopole, projets liés à la Gérontechnologie du CRSD (contrat de redynamisation du site de défense) de Châlons-en-Champagne</p>
Public visé	Personnes âgées de plus de 60 ans
Pilote	Département
Partenaires associés	Conférence des financeurs
Coût	15 000 à 20 000 €/an
Indicateurs d'évaluation	Création effective du centre ressources

Action n° 2.1.5

Mettre à disposition un recensement départemental de l'ensemble des habitats alternatifs dédiés aux personnes âgées

Mise en œuvre opérationnelle	<ul style="list-style-type: none"> • Faire intervenir le COMAL SOLIHA pour recenser toutes les offres d'hébergement non médico-social afin de les intégrer par extension au logiciel ADALOGIS, avec leur mise à jour. • Mettre à disposition également ces informations réactualisées en flux constant sur le site internet du département par la création d'une page spécifique explicative pour tous ces types d'hébergement dédiée aux personnes âgées (définition, cadre réglementaire, services associés, aide à l'hébergement...)
Public visé	Personnes âgées et leurs familles
Pilote	Conseil Départemental
Partenaires associés	Collectivités territoriales, bailleurs sociaux, COMAL SOLIHA
Indicateurs d'évaluation	Réalisation effective sur Adalogis et page du site internet du département

Action n° 2.1.6

Promouvoir et sécuriser en rural les organisations souples et de proximité d'habitats regroupés dédiés aux personnes âgées en relation avec des services à domicile

Mise en œuvre opérationnelle	<ul style="list-style-type: none"> Accompagner les services d'aide à domicile dans des initiatives innovantes d'habitats regroupés avec services avec : <ul style="list-style-type: none"> - possibilité de mutualisation des plans d'aide APA - participation au financement de ces opérations via la conférence des financeurs
Public visé	Personnes âgées
Pilote	Conseil Départemental
Partenaires associés	Services d'aide à domicile/communes/CCAS
Indicateurs d'évaluation	Nombre de projets effectifs

Action n° 2.1.7

Soutenir la création d'initiatives locales de petites unités de vie de type MARPA dans les secteurs ruraux du département éloignés d'une offre sénior

Mise en œuvre opérationnelle	<ul style="list-style-type: none"> Participer en ingénierie aux nouveaux projets d'implantation des MARPA : rencontres avec la MSA, les communes, participation à l'étude de besoins, faisabilité, habilitation à l'aide sociale partielle
Public visé	Personnes âgées
Pilote	MSA, communes
Partenaires associés	Conseil Départemental
Indicateurs d'évaluation	Nombre de projets réalisés

Action n° 2.1.8

Accompagner les foyers logements du département dans leur transformation en résidence Autonomie

Mise en œuvre opérationnelle	<ul style="list-style-type: none"> Dès parution des décrets, mise en œuvre de réunions avec les résidences autonomie afin d'informer sur les nouvelles orientations de la loi ASV, et de construire ensemble les nouvelles actions de prévention
Public visé	Gestionnaires de résidences autonomie
Pilote	Conseil Départemental
Partenaires associés	
Indicateurs d'évaluation	Bilans des actions de prévention mises en œuvre



Action n° 2.1.9

Favoriser l'accueil temporaire non médicalisé en résidence autonomie	
Mise en œuvre opérationnelle	Inclure dans les actions de prévention financées par le forfait autonomie une aide financière permettant de solvabiliser quelques logements destinés à l'accueil temporaire afin de développer ce type d'accueil tout en garantissant sa viabilité
Public visé	Personnes âgées en accueil temporaire
Pilote	Conseil Départemental par l'intermédiaire de la conférence des financeurs
Partenaires associés	Membres de la conférence des financeurs
Indicateurs d'évaluation	Nombre de logements avec accueil temporaire

Action n° 2.1.10

Favoriser l'accès aux activités, actions de prévention et services aux personnes âgées non résidentes des résidences autonomie	
Mise en œuvre opérationnelle	<ul style="list-style-type: none"> • Inclure dans les CPOM contractualisés avec les résidences autonomie des projets basés sur l'inclusion aux services des personnes non résidentes • Élaboration de ces projets en concertation entre le département et les gestionnaires de résidences autonomie • financement des actions dans le cadre de la conférence des financeurs
Public visé	Personnes âgées
Pilote	Conseil Départemental et gestionnaires de résidences autonomie
Partenaires associés	Services d'aide à domicile
Indicateurs d'évaluation	Nombre et contenu des projets

Action n° 2.1.11

Organiser dans un cadre réglementaire sécurisé l'activité de baluchonnage	
Mise en œuvre opérationnelle	• Expérimenter des situations de baluchonnage (prise en charge à domicile 24h/24 par un professionnel de la personne âgée en l'absence de l'aidant) dans le cadre d'un plan d'aide APA en mettant en relation les aidants et les baluchonneurs et en sécurisant légalement les conventions d'intervention
Public visé	Personnes âgées et leurs aidants
Pilote	Conseil Départemental
Partenaires associés	Baluchonneurs, services d'aide à domicile
Indicateurs d'évaluation	Professionnels baluchonneurs, heures de baluchonnage effectuées

FICHE N° 2.2 : Maintenir un environnement formalisé et bientraitant autour de la personne âgée

Constats

La dépendance des personnes âgées vivant à domicile va devenir de plus en plus lourde et l'avance en âge croît en parallèle. Les conditions du soutien à domicile sont alors liées à l'environnement de la personne qui se traduit soit par la présence d'un aidant, soit par l'intervention de professionnels, notamment dans une relation d'employeur. Le recours à l'emploi direct peut être ainsi utilisé par des personnes âgées pouvant rencontrer des troubles de la compréhension liés à l'âge et qui se retrouvent face à des complexités administratives de législation et de gestion.

En effet, ces tâches sont lourdes et répétitives et font peser une responsabilité d'employeur à une personne fragile et en cas de non mise en œuvre font naître des indus de prestations parfois douloureusement récupérables.

La précarisation des personnes âgées modestes est un constat qui peut être la raison du choix de l'emploi direct, au détriment de la sécurisation du rapport employeur/employé et les salariés en emploi direct n'ont pas toutes les connaissances leur permettant de faire valoir l'ensemble de leurs droits.

En outre, les possibilités de litiges liés au code du travail sont nombreuses et la responsabilité des personnes âgées lourdement engagée.

Par ailleurs, les personnes âgées ou handicapées, lorsqu'elles sont hébergées en familles d'accueil agréées ont également le statut d'employeur et les obligations qui en découlent avec des dispositions relatives à la rémunération complexe. Le Département de la Marne a depuis 2005 mis à disposition des familles et tuteurs un programme informatique permettant le calcul semi-automatisé des fiches de paies et facturation à l'aide sociale. A ce jour cet outil connaît des limites que les technologies de l'information devraient lever. Aucun logiciel n'ayant été développé sur le marché, la conception par les services du Département reste l'alternative la plus pertinente.

Environ 40 000 personnes dans la Marne aident au quotidien, financièrement ou par un soutien moral, une personne de 60 ans et plus. Or le rôle d'aidant familial est souvent vécu comme une charge lourde, tant sur le plan psychique que sur les plans physique, émotionnel, social et financier. L'isolement de l'aidant familial, sa défaillance en cas de maladie ou d'essoufflement, son mauvais état psychologique, sa demande de répit non satisfaite, ont un retentissement immédiat sur l'aidé, et peuvent générer des conséquences extrêmes préjudiciables à plusieurs niveaux pour tous les deux.

Autre constat effectué : le soutien à domicile dans de bonnes conditions est également assujéti à la présence des équipements, matériels ou solutions techniques visant à conserver l'autonomie des personnes âgées. Le reste à charge peut alors constituer un frein à ces acquisitions et cette problématique doit par conséquent être étudiée.

Objectifs

Concernant l'emploi de gré à gré, et pour répondre aux difficultés constatées, le Département de la Marne a décidé de s'engager dans la modernisation de l'APA à domicile en mettant en place l'utilisation du CESU préfinancé avec paiement des charges sociales et salariales directement auprès de l'URSSAF. Si le recours à un mode prestataire dans le cadre des prestations versées en nature est privilégié dans le cadre des plans d'aide APA, la volonté est cependant affichée de s'engager et professionnaliser l'emploi direct lorsqu'il est librement choisi par les bénéficiaires.

Le soutien des aidants doit être envisagé dans plusieurs de ses dimensions : sociale, psychologique, sanitaire et en substitution, pour lesquelles des propositions sont à énoncer.

Il est nécessaire que le poids financier du reste à charge pour l'acquisition des équipements soit réduit afin que chaque personne âgée puisse se doter du matériel adéquat.

Actions

- Développer un partenariat efficace entre les professionnels et les familles pour répondre à l'évolution de la dépendance
- Faciliter les démarches liées à l'emploi direct par la mise en œuvre du CESU préfinancé avec tiers payant des charges
- Mettre à disposition des employeurs des familles d'accueil agréées des outils de calcul des paies et des droits à prestations
- Soutenir les aidants : veiller à la généralisation et à l'extension dans le monde rural, des actions types « café/goûter bavardage » permettant de rompre l'isolement des aidants en favorisant l'échange avec des pairs
- Soutenir les aidants : constituer un maillage territorial d'offre d'accueil d'urgence pour palier la défaillance de l'aidant principal
- Soutenir les aidants : créer un dispositif d'intervention de professionnel à domicile (psychologue et/ou travailleur social) dédié à la souffrance de l'aidant
- Créer un dispositif de vacances-répit-famille
- Développer une offre d'accueil de nuit dans les EHPAD
- Faire des EHPAD un lieu ressource sur le grand âge ouvert vers l'extérieur
- Création d'un fonds d'aide par la « Conférence des financeurs » pour le reste à charge des travaux destinés aux personnes âgées
- Créer un service de récupération et revente de matériel technique d'occasion

Action n° 2.2.1

Développer un partenariat efficace entre les professionnels et les familles pour répondre à l'évolution de la dépendance

Mise en œuvre opérationnelle	<ul style="list-style-type: none"> • Procéder à la révision rapide des plans d'aide APA, notamment pour les GIR 1 et 2, pour réaliser une prise en charge en rapport avec les besoins • Formaliser pour ces situations une procédure pour définir les conditions dans lesquelles les révisions du plan d'aide peuvent être sollicitées et par qui • Définir la notion de « référent de situation » GIR 1 et 2 qui sera chargé de centraliser les informations
Public visé	<ul style="list-style-type: none"> - Les professionnels intervenant au domicile des personnes âgées très dépendantes : SSIAD/SAAD/EMS/CLIC/MAIA - Les familles
Pilote	Département
Partenaire associés	SAAD, SIAD, CLIC, MAIA
Indicateurs d'évaluation	Réalisation de la procédure de révision rapide du Département Repérage du référent

Action n° 2.2.2

Faciliter les démarches liées à l'emploi direct par la mise en œuvre du CESU préfinancé avec tiers payant des charges

Mise en œuvre opérationnelle	Faciliter et sécuriser le paiement de l'APA aux personnes âgées en mettant en place le CESU préfinancé pour les bénéficiaires ayant recours à l'emploi direct Passation de marché de prestations auprès de fournisseurs Apporter une information sur son fonctionnement claire, simplifiée et adaptée aux personnes âgées utilisatrices
Public Visé	Bénéficiaires de l'APA
Pilote	Département
Partenaires associés	CLIC
Indicateurs d'évaluation	Retour des usagers de l'APA Retour des salariés

Action n° 2.2.3

Mettre à disposition des employeurs des familles d'accueil agréées des outils de calcul des paies et des droits à prestations

Mise en œuvre opérationnelle	Adapter et améliorer les outils informatiques mis à disposition des personnes âgées ou handicapées accueillies en Familles d'accueil. Permettre le calcul sécurisé de la rémunération, l'édition du bulletin de paie et la facturation à l'aide sociale le cas échéant. Réalisation d'un outil spécifique par un stagiaire en école informatique.
Public Visé	Personnes âgées ou handicapées accueillies en familles d'accueil agréées
Pilote	Département
Partenaires associés	
Coût	De 1 500 à 3 000 €
Indicateurs d'évaluation	Réalisation des outils

Action n° 2.2.4

Soutenir les aidants : veiller à la généralisation et à l'extension dans le monde rural et les quartiers, des actions types « café/goûter bavardage » permettant de rompre l'isolement des aidants en favorisant l'échange avec des pairs

Mise en œuvre	Repérer par le biais de la coopération « Monalisa » l'existence de « café/goûter bavardages » sur tout le Département et œuvrer pour leur extension sur les secteurs non ou moins pourvus
Public Visé	Binômes aidants/aidés
Pilote	Département / MONALISA
Partenaires associés	Tous
Indicateurs d'évaluation	Nouveaux « Café/bavardages »



Action n° 2.2.5

Soutenir les aidants : constituer un maillage territorial d'offre d'accueil d'urgence pour palier la défaillance de l'aidant principal

Mise en œuvre opérationnelle	<p>La loi d'adaptation de la société au vieillissement réformant l'APA renforce la reconnaissance des aidants principaux indispensables au soutien à domicile des personnes dépendantes. Dans les situations de défaillance de cet aidant (hospitalisation, décès...) le Département est responsable de l'aide à organiser.</p> <p>Pour assumer cette responsabilité et le besoin réel qui jusqu'alors était résolu par une hospitalisation inadaptée, il convient d'identifier quelques places d'accueil d'urgence sur le territoire départemental. Ces places d'accueil d'urgence devront être décomptées du calcul de l'activité des établissements.</p>
Public visé	Bénéficiaires de l'APA à domicile reconnus avec un aidant
Pilote	Département
Partenaires associés	Établissements à forte capacité, ARS
Indicateurs d'évaluation	<p>Nombre de places identifiées</p> <p>Nombre de journées d'accueil d'urgence réalisé</p>

Action n° 2.2.6

Soutenir les aidants : créer un dispositif d'intervention de professionnel à domicile (psychologue et/ou travailleur social) dédié à la souffrance de l'aidant

Mise en œuvre	<ul style="list-style-type: none"> • Réunion de travail autour des modalités d'intervention du professionnel au domicile des aidants repérés fragilisés : détection du besoin, nombre d'interventions, passage de relais • Recrutement avec employeur à définir • Actions de communication pour lancer le projet
Public Visé	Les aidants en situation de fragilités
Pilote	Département
Partenaires associés	CLIC, MAIA, EMS, ESAD
Indicateurs d'évaluation	Mise en place effective du dispositif et questionnaires de satisfaction

Action n° 2.2.7

Créer un dispositif de vacances-répit-famille

Mise en œuvre opérationnelle	Alors que se développent des offres innovantes permettant à la personne âgée dépendante d'accompagner son aidant ou ses enfants en vacances avec des séjours combinant accueil touristique et accueil médico-social, il pourrait être imaginé des offres d'hébergement temporaire combinées avec des opérateurs du tourisme dans des lieux attractifs du département.
Public visé	Personnes dépendantes et leurs familles
Pilote	Département et Agence de Développement Touristique de la Marne
Partenaires associés	ARS
Indicateurs d'évaluation	Offres d'hébergement effectives

Action n° 2.2.8

Développer une offre d'accueil de nuit dans les EHPAD

Mise en œuvre opérationnelle	Actuellement un seul EHPAD est autorisé pour les accueils de nuit (au titre de l'accueil temporaire), l'EHPAD Les Parentèles à Reims. Identifier des établissements organisant une prise en charge de nuit pour les résidents désorientés (de type PASA de nuit) et leur permettre d'organiser un accueil de nuit, pendant de l'accueil de jour pour les personnes à domicile ayant perdu les repères jours/nuits avec troubles du sommeil épuisant les aidants. Définition d'une tarification spécifique et des modalités de financement. Organisation dans le cadre des conventions tripartites ou CPOM.
Public visé	Personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés avec des troubles du sommeil
Pilote	Département
Partenaires associés	ARS
Indicateurs d'évaluation	Nombre de places identifiées Répartition territoriale Nombre de nuitées réalisées

Action n° 2.2.9

Faire des EHPAD un lieu ressource sur le grand âge ouvert vers l'extérieur	
Mise en œuvre opérationnelle	Faire développer dans les projets d'établissement des EHPAD validés dans le cadre des conventions tripartites ou CPOM un volet touchant à l'ouverture vers l'extérieur de l'établissement. Organisation par les établissements d'animations ou manifestations (soirées d'information spécialisées, d'accueil de groupes de soutien aux aidants, activités intergénérationnelles...) et des coopérations avec le réseau gérontologique local (permanences de CLIC, informations de premier niveau).
Public visé	Familles de personnes dépendantes
Pilote	Département
Partenaires associés	Gestionnaires d'Établissements
Indicateurs d'évaluation	Nombre d'animations ou manifestations réalisées

Action n° 2.2.10

Création d'un fonds d'aide par la « Conférence des financeurs » pour le reste à charge des travaux destinés aux personnes âgées	
Mise en œuvre opérationnelle	Mise en œuvre des préconisations de la Loi d'Adaptation de la société au vieillissement pour la création d'un fonds d'aides individuelles permettant l'accès aux équipements, instruments, dispositifs, systèmes techniques ou logiciels adaptés ou spécialement conçus pour prévenir ou compenser une limitation d'activité, destinés à une personne âgée de 60 ans et plus
Public visé	Personnes âgées de plus de 60 ans
Pilote	Département
Partenaires associés	Tous les membres de la Conférence des financeurs
Indicateurs d'évaluation	Création effective du fonds avec montant des aides allouées

Action n° 2.2.11

Créer un service de récupération et revente de matériel technique d'occasion	
Mise en œuvre opérationnelle	Conception d'un chantier d'insertion autour de : <ul style="list-style-type: none"> • la récupération en EHPAD ou auprès de particuliers du matériel technique • la remise en état éventuelle du matériel • la commercialisation et présentation à des tarifs d'occasion des matériels techniques
Public Visé	Personnes âgées dépendantes
Pilote	Département
Partenaires associés	Associations d'insertion, EHPAD
Indicateurs d'évaluation	Existence et modalités du service

FICHE N° 2.3 : La coordination garante d'efficacité

Constats

Les coopérations et coordinations permettent de créer des réseaux et d'impulser une dynamique de solidarité qui peut se fédérer autour d'objectifs communs liés au bien vieillir ou à la lutte contre l'isolement. Le référencement MONALISA (mobilisation nationale contre l'isolement social) en est un exemple.

Par ailleurs, la couverture territoriale du département de la Marne par les CLIC (Centres Locaux d'Information et de Coordination Gérontologique) est désormais complète. Pour rappel, le CLIC assure pour les situations de niveau 3 (suivi du plan d'aides) la coordination des acteurs présents avec la personne âgée et sa famille le cas échéant.

En ce sens, il est le « référent » légitime créant un lien permettant d'assurer la transmission des informations de la personne vers les professionnels et vice-versa.

Il est également à l'origine d'un chaînage informatif, garant de la bonne coordination entre les acteurs du domicile, particulièrement pour les situations complexes, qui cumulent plusieurs problématiques, nécessitant un accompagnement intensif et régulier. Il est l'interlocuteur privilégié, « chef de file » de l'ensemble des interventions.

Pour autant, l'organisation et le suivi de toutes les aides nécessaires au soutien à domicile des personnes âgées est parfois difficile à réaliser compte tenu de la pluralité d'acteurs, de la complexité des situations ou encore de perception et d'outils d'évaluation différents. Les nouveaux acteurs que sont les MAIA en sont une illustration. Elles sont au nombre de 3 dans la Marne.

Le Département et l'ARS ont en commun opté pour que chacune des MAIA soit portée par un CLIC, mettant ainsi la personne âgée au centre de leur complémentarité.

Ainsi les CLIC à disposition de l'ensemble des personnes âgées peuvent orienter des situations complexes vers la MAIA, et la MAIA peut orienter les professionnels qui l'ont contactée vers le CLIC.

Les MAIA et les CLIC sont donc des partenaires privilégiés et complémentaires ayant des intérêts communs. Toutefois de nombreuses différences en font des structures aux rôles bien distincts notamment dans l'accompagnement des situations.

La MAIA par la gestion de cas est limitée à 40 situations par gestionnaire, alors que le CLIC est amené à suivre toutes les situations de personnes de plus de 60 ans.

Pour rendre équitable le subventionnement, l'option de financer en fonction du nombre de personnes aidées a été retenue, permettant ainsi à chaque CLIC de recevoir une subvention à hauteur de l'activité réalisée. Ce dispositif de financement ne permet cependant pas de tenir compte des particularités de densité des personnes âgées sur le territoire.

Enfin, le travail commun mené autour des outils d'évaluation et de transmission, ainsi qu'autour des annuaires des structures et des partenaires représente un gain de temps important et optimise les procédures.

Objectifs

L'amélioration du partage et de la transmission des informations résultant de l'évaluation de la personne et de la réalisation des aides entre les professionnels intervenant au domicile d'une même personne est primordiale pour garantir des pratiques homogènes dans le département, tout particulièrement dans la perspective de prévenir des situations d'urgence.

Il convient ainsi de déterminer à la fois les référents de situations, mais aussi les centres d'information et d'échanges. Par ailleurs, il nous appartient de mettre en commun les compétences et de favoriser les mutualisations dans le cas où 2 structures, telles les CLIC et les MAIA sont très proches et complémentaires. D'autres mutualisations peuvent également être source de gain de temps et d'efficacité avec d'autres partenaires et il convient d'explorer ces possibilités.

Actions

- Mettre en œuvre la coopération départementale MONALISA
- Faire émerger la notion de référent de situations complexes à domicile, ainsi que son rôle dans l'élaboration du projet individuel de la personne âgée
- Développer des outils d'échanges d'informations entre tous les intervenants au profit des personnes âgées, en étudiant leur possible dématérialisation
- Identifier les CLIC comme les structures centralisatrices sur tout le Département des situations complexes des aidants en difficultés
- Optimiser les fonctionnements CLIC et MAIA
- Développer les mutualisations entre la CARSAT et le Département

Action n° 2.3.1

Mettre en œuvre la coopération départementale MONALISA (mobilisation nationale contre l'isolement social)

Mise en œuvre opérationnelle	<ul style="list-style-type: none"> • Élaborer le diagnostic territorial des actions existantes sur le département visant à rompre l'isolement • Identifier les besoins et les secteurs non couverts • Communiquer sur les initiatives
Public visé	Tous les acteurs de terrain participant à la lutte contre l'isolement des personnes âgées
Pilote	COFIL MONALISA
Indicateurs d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> - Création du répertoire des ressources - Actualisation et veille permanente des initiatives et bilan

Action n° 2.3.2

Faire émerger la notion de référent de situations complexes à domicile, ainsi que son rôle dans l'élaboration du projet individuel de la personne âgée

Mise en œuvre opérationnelle	Développer une « charte » permettant de définir le rôle du référent, les conditions dans lesquelles le référent est amené à intervenir et ses fonctions dans le projet individuel via le dossier de suivi des interventions à domicile
Public visé	Les coordinateurs des CLIC
Pilote	Département / CLIC
Indicateurs d'évaluation	Production de la charte et diffusion

Action n° 2.3.3

Développer des outils d'échanges d'informations entre tous les intervenants au profit des personnes âgées, en étudiant leur possible dématérialisation

Mise en œuvre opérationnelle	<ul style="list-style-type: none"> • Création d'un outil commun d'informations partagées entre les intervenants à domicile. Cet outil papier ou dématérialisé devra être simple, synthétique, codifié et pragmatique • Élaborer une fiche de liaison « domicile-hôpital-domicile » pour anticiper les situations d'urgence, faciliter les sorties d'hospitalisation, et la diffuser aux personnes âgées et aux services hospitaliers • Présenter à tous les partenaires professionnels du domicile le livret d'informations partagées et la fiche hospitalisation / domicile, les informer sur son utilisation, sa consultation et sa mise à jour
Public visé	Les personnes âgées bénéficiant de plusieurs services de maintien à domicile
Pilote	Département
Partenaires associés	L'ensemble des partenaires intervenant dans le contexte du maintien à domicile, CLIC, MAIA, SSIAD, CCAS
Indicateurs d'évaluation	Production du livret Création de la fiche Nombre de personnes formées et bilan du dispositif



Action n° 2.3.4

Identifier les CLIC comme les structures centralisatrices sur tout le Département des situations complexes des aidants en difficultés

Mise en œuvre	Mettre en place une procédure identique sur tout le territoire départemental permettant d'identifier le référent des situations complexes aidant/aidé Communiquer pour le faire savoir : communes, partenaires, établissements
Public Visé	Tous les partenaires de l'aide aux personnes âgées, bénévoles et professionnels
Pilote	Département / CLIC
Indicateurs d'évaluation	Mise en place de la procédure Actions de communication

Action n° 2.3.5

Optimiser les fonctionnements CLIC et MAIA

Mise en œuvre opérationnelle	Les gestions des dispositifs CLIC et MAIA par un même porteur doivent pouvoir permettre une meilleure efficacité des conditions et des coûts de fonctionnement de la coordination locale. Une efficacité d'action des postes de pilotage de ces dispositifs doit être recherchée pour consolider les coordinations gérontologiques et offrir un service de proximité de qualité.
Public visé	Gestionnaires de CLIC et MAIA
Pilote	Département et ARS
Partenaires associés	
Indicateurs d'évaluation	Actions de mutualisation

Action n° 2.3.6

Développer les mutualisations entre la CARSAT et le Département

Mise en œuvre opérationnelle	Faciliter et fluidifier le circuit de traitement de demandes d'aide entre les deux principaux financeurs Rendre lisible et compréhensible les dispositifs d'aides
Public visé	Toutes personnes âgées en perte d'autonomie
Pilote	Département – CARSAT
Partenaires Associés	CLIC,...
Indicateurs d'évaluation	Enquête de satisfaction sur service rendu

FICHE N° 2.4 : Structuration de l'aide à la personne

Constats

Les services d'aide et d'accompagnement à domicile sont au cœur du soutien à domicile des personnes dépendantes. Leur professionnalisme s'est accentué et ils constituent un partenaire de premier ordre pour la mise en œuvre des politiques en faveur du grand âge.

Néanmoins, les services d'aide et d'accompagnement à domicile sont confrontés depuis 2012 à des difficultés financières importantes qui fragilisent leur fonctionnement et leur pérennité.

Les Fonds de restructurations successifs de l'État en faveur du secteur ont été insuffisants, conduisant à des financements par structures trop limités qui n'ont pas permis un rééquilibrage des situations financières.

C'est donc tout un champ économique, principalement du secteur de l'économie sociale et solidaire, qu'il faut accompagner pour lui permettre d'adapter son fonctionnement aux contraintes liées aux financements publics, à la capacité contributive de ses usagers, à un mode concurrentiel et à une évolution des métiers et besoins de la perte d'autonomie à domicile.

Par ailleurs, alors que les services d'aide à domicile sont en nombre suffisant et couvrent tout le territoire, on relève un besoin actuellement non satisfait d'une plus grande spécialisation d'intervention sanitaire à domicile auprès des personnes âgées présentant une pathologie psychiatrique, en appui des services déjà présents et pour maintenir et soutenir la vie à domicile.

Objectifs

Concevoir un programme global d'actions pour sauvegarder la richesse et l'expérience des services. Celui-ci serait porté par le Département, principal financeur, et dont la compétence d'organisation à travers la réforme de l'autorisation est renforcée. Il pourrait également être le reflet d'une volonté commune des autres financeurs afin de préserver la qualité et la quantité des services d'aide à domicile. Prendre en compte le besoin de soutien auprès des personnes présentant une pathologie psychiatrique

Actions

- Mettre en œuvre un fonds départemental de soutien des SAD permettant de renforcer les fonds propres des associations gestionnaires
- Mener une réflexion sur de nouvelles modalités de tarification des SAD
- Disposer d'un dispositif de télégestion intégré entre le Département et des services d'aide à domicile
- Accompagner l'émergence des SPASAD
- Organiser et mutualiser des actions en faveur du recrutement dans le secteur
- Faire des SAD des acteurs de la prévention en les ouvrant aux nouveaux métiers de la prévention de la perte d'autonomie
- Créer une équipe mobile de soins géronto-psychiatrique intervenant à domicile

Action n° 2.4.1

Mettre en œuvre un fonds départemental de soutien des SAD permettant de renforcer les fonds propres des associations gestionnaires	
Mise en œuvre opérationnelle	<p>Doter le Département d'un fonds de restructuration d'un montant suffisamment dimensionné pour permettre la mise en place d'actions de renforcement et de pérennisation efficaces.</p> <p>Les fonds propres fortement dégradés des associations gestionnaires ne permettent plus de mener les investissements et actions nécessaires à assurer leur redressement.</p> <p>Le système d'avance de trésorerie du Département aux prestataires de l'APA et de la PCH, correspondant à 1,5 mois de facturation à récupérer en octobre et novembre laisse 2 à 3 mois d'absence de trésorerie particulièrement problématique.</p> <p>Des aides sous forme de renforcement de fonds propres ou de financement d'actions gérées par le Département apporteraient une cohérence avec son action d'autorité de tarification.</p>
Public visé	Services d'aide et d'accompagnement à Domicile du secteur de l'économie sociale et solidaire
Pilote	Département
Partenaires associés	ARS, CARSAT, MSA, Mutuelles
Coût	Fonds à créer dans le cadre de la conférence des financeurs sur 3 ans pour une estimation de 500 000 €/an
Indicateurs d'évaluation	Création du fonds

Action n° 2.4.2

Mener une réflexion sur de nouvelles modalités de tarification des SAD	
Mise en œuvre opérationnelle	<p>La tarification horaire des services ne paraît plus adaptée aux durées d'interventions souvent plus courtes, tant pour des raisons de nature des actes à réaliser que pour des raisons financières liées aux usagers.</p> <p>Les interventions inférieures à une heure sont facturées au prorata du tarif horaire alors même qu'elles génèrent des coûts de déplacements ou d'inter-vacations plus importants. Le nombre de ces heures n'est pas compensé par des interventions de durées plus longues.</p> <p>Une réflexion doit être menée et partagée pour définir des modalités de tarification plus adaptées à la nature de l'intervention.</p>
Public Visé	Services d'aide et d'accompagnement à domicile
Pilote	Département
Partenaires associés	Services d'Aide à domicile
Indicateurs d'évaluation	Compte-rendu des réflexions

Action n° 2.4.3

Disposer d'un dispositif de télégestion intégré entre le Département et des services d'aide à domicile	
Mise en œuvre opérationnelle	<p>Le Département met en œuvre un dispositif dématérialisé de transmission et d'analyse d'informations dans le cadre de la gestion de ses prestations légales en faveur des personnes âgées.</p> <p>Le dispositif informatique doit :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Assurer une compatibilité avec l'outil Solis PA/PH, • Reprendre les outils et développements déjà construits dans le cadre de la télétransmission des factures, • Utiliser et préfigurer l'évolution de la norme ESPPADOM pour les flux échangés. <p>Ce projet en cours de développement qui intègre une promotion de la mise en place de smartphones auprès des intervenants des SAD est confirmé dans le présent schéma</p>
Public Visé	Services prestataires d'aide à domicile, bénéficiaires de l'APA, Département
Pilote	Département
Partenaires associés	CNSA, éditeurs de logiciels, Service prestataires d'aide à domicile
Coût	260 000 € de financement directs (convention CNSA) et 250 000 € de financement indirect dans le cadre de la tarification des services
Indicateurs d'évaluation	Finalisation et mise en application du dispositif

Action n° 2.4.4

Accompagner l'émergence des SPASAD	
Mise en œuvre opérationnelle	<p>La loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement met en place des expérimentations d'une nouvelle forme : les SPASAD, assurant des prestations d'aide, d'accompagnement et des soins au domicile des personnes fragiles.</p> <p>Ces expérimentations méritent d'être soutenues et évaluées par le Département en coopération avec l'ARS</p>
Public Visé	Personnes âgées dépendantes nécessitant des soins infirmiers
Pilote	ARS et Département
Partenaires associés	
Indicateurs d'évaluation	Nombre de SPASAD créés

Action n° 2.4.5

Organiser et mutualiser des actions en faveur du recrutement dans le secteur	
Mise en œuvre opérationnelle	<p>Les métiers de l'aide à domicile apparaissent peu attractifs.</p> <p>Si de nombreuses formations initiales se sont développées, les services prestataires peinent à embaucher.</p> <p>Des actions mutualisées soutenues par le Département pourraient être organisées :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Actions de promotion des métiers du domicile auprès des bénéficiaires du RSA • Job dating
Public Visé	Demandeurs d'emplois, bénéficiaires du RSA
Pilote	Département
Partenaires associés	Pôle Emploi, Services prestataires d'aide à domicile
Indicateurs d'évaluation	Nombre d'actions menées et recensement du nombre de candidats

Action n° 2.4.6

Faire des SAD des acteurs de la prévention en les ouvrant aux nouveaux métiers de la prévention de la perte d'autonomie	
Mise en œuvre opérationnelle	<p>Les services d'aide à domicile disposent d'une relation de proximité et de confiance de la personne âgée. Déjà en contact, la mise en œuvre d'actions de prévention complémentaires aux interventions en est facilitée.</p> <p>Néanmoins, les temps d'interventions dans le cadre des prestations étant limité, il faut organiser et financer d'autres temps dédiés à la prévention et aux conseils en y associant d'autres natures de professionnels que les auxiliaires de vie.</p> <p>Les services à domicile doivent pouvoir intégrer dans leurs offres de prestation et d'intervention des actions de prévention à prendre en compte et à préconiser dans les plans d'aide APA</p>
Public Visé	Personnes âgées dépendantes à domicile
Pilote	Département
Partenaires associés	Conférence des Financeurs
Indicateurs d'évaluation	Nombre d'actions de prévention menées

Action n° 2.4.7

Créer une équipe mobile de soins géronto-psychiatrique intervenant à domicile	
Mise en œuvre opérationnelle	<p>Par ailleurs déjà développé dans le cadre de l'accès aux soins spécialisés dans les EHPAD, le projet de création d'une équipe mobile, spécialisée en géronto-psychiatrie, intervenant auprès des personnes à domicile permettra de :</p> <ul style="list-style-type: none"> • structurer l'accès à un diagnostic de qualité, • mettre en place des suivis adaptés, • favoriser le maintien à domicile, • développer les consultations mémoires, • détecter les pathologies psychiatriques d'apparition tardives • soutenir et aider les personnes malades et leurs familles • s'organiser dans le cadre de la filière gériatrique locale <p>L'expérience de l'EPSMM sur le territoire de l'agglomération chalonnaise peut permettre de constituer une équipe spécialisée de soignants (médecins psychiatres et infirmiers)</p>
Public visé	Personnes âgées à domicile présentant une pathologie psychiatrique d'apparition tardive ou une affection neurodégénérative
Pilote	ARS, EPSMM
Partenaire associés	Département
Indicateurs d'évaluation	Existence de l'équipe

3. L'ADAPTATION DE LA SOCIÉTÉ AU VIEILLISSEMENT S'ACCOMPAGNE

FICHE N°3.1 : Prendre en compte les besoins des usagers et des aidants

Constats

Adapter les dispositifs aux personnes âgées et à leurs familles, faciliter l'accès aux droits et aux services est un enjeu majeur à chaque étape de l'avance en âge, à chaque confrontation des demandeurs avec un environnement nouveau complexe à appréhender. Que cet environnement soit administratif ou institutionnel, la bienveillance doit être de mise.

« Il faudrait s'adapter à l'aidant... »

Le rôle primordial et la reconnaissance croissante des aidants familiaux comme des acteurs essentiels de l'accompagnement permettant le maintien à domicile fait désormais consensus.

Les situations d'aide sont très diverses ainsi que le profil des aidants, leurs motivations, leurs cultures. Une réponse unique ne peut correspondre à ces configurations variées.

Une analyse individualisée des situations et des besoins des aidants s'impose donc par des professionnels sensibilisés et formés à ces registres.

L'aidant principal se trouve souvent être « le chef d'orchestre » et de coordination des différents intervenants. Pour autant, le repérage d'une personne « référente » prenant le relais pour la coordination des aides permet à l'aidant de partager ses responsabilités tout en étant reconnu dans son engagement.

La qualité du dialogue, de la confiance et de la complémentarité des rôles entre professionnels et aidants a un impact sur la qualité de l'accompagnement de l'aidé.

Aider l'aidant ne veut pas nécessairement dire « l'aider à aider » mais également l'aider dans ses difficultés. Le rôle d'aidant non reconnu et pris en compte peut avoir des conséquences préjudiciables sur sa santé physique et psychologique et nuire à la qualité de la relation avec le proche aidé. L'isolement du couple aidant/aidé est un facteur aggravant.

« Il faudrait faciliter l'accès à l'information et aux services dont on a besoin... »

Une grande diversité d'informations, parfois confuses, peut nuire à la lisibilité de l'ensemble et finalement ne pas répondre aux attentes des seniors. A cet égard, une meilleure coordination de la communication rendrait plus cohérent le message institutionnel.

Les informations concernant le secteur gérontologique sont méconnues du grand public jusqu'à ce qu'il en ait besoin. Le vocable « Maison de retraite » est encore utilisé pour désigner tous les établissements accueillant des personnes âgées, sans véritable distinction des caractéristiques de chaque nature d'établissement pour lesquels s'empilent les sigles et acronymes (EHPA, EHPAD, PUV, MARPA, RPA) ou les appellations synonymes (exemples : Foyers-logement = RPA = EHPA = Résidence Autonomie).

Les sites institutionnels (www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr) sont noyés parmi les offres commerciales de placement d'établissements et ne contribuent pas suffisamment à apporter des réponses de proximité sur l'offre adaptée aux besoins du parent ne pouvant plus rester à son domicile. De même, les délais de réponse et de traitement des demandes d'admission dans les établissements sont parfois longs, complexes et redondants pour les familles et insatisfaisants pour les établissements qui ignorent trop d'éléments sur la situation à prendre en charge ou si la demande est encore active.

« Il faudrait favoriser le bien être quotidien... »

Le besoin des personnes âgées n'est pas encore suffisamment pris en considération dans les fonctionnements des établissements, le cadre institutionnel et les gestions d'effectifs prenant le pas sur le rythme de vie des résidents.

Ainsi, le fonctionnement des établissements reste marqué par une équipe de jour et une équipe de nuit à la configuration minimale. Pour autant, l'évolution des résidents avec une forte présence de personnes présentant des troubles cognitifs induisant des rythmes circadiens altérés et une vie nocturne agitée doit conduire à repenser l'accompagnement proposé par l'établissement sur une plage de 24 h.

À ce titre, une expérimentation menée à l'EHPAD de Saint Germain-la-Ville organisant une prise en charge dans le PASA durant la nuit a montré des effets particulièrement significatifs sur le comportement et l'agitation des résidents la nuit et le jour.

Il a été constaté que les pratiques concernant les changes la nuit étaient particulièrement hétérogènes. Certains établissements laissent dormir les résidents, considérant prioritaire le sommeil, d'autres, (par principe soignant et inadaptation des protections) réveillent systématiquement les résidents incontinents. Un établissement ayant changé sa pratique dans l'année a pu montrer une évolution notable du comportement des résidents la nuit et en journée après l'abandon du réveil nocturne pour les changes. Un EHPAD a pu témoigner que 70 changes (sur 80 résidents) étaient réalisés par son équipe de nuit.

Une généralisation de bonnes pratiques et un accompagnement en la matière paraissent souhaitables.

Outre la qualité des soins, les pratiques bientraitantes et le cadre architectural, la qualité de vie en EHPAD passe par des petits riens qui peuvent tout changer dans le quotidien des résidents.

Il en est ainsi de la qualité et de la richesse des actions d'animation dans les établissements particulièrement renforcées dans le cadre du précédent schéma.

Cette animation, ce sentiment de vie apporté aux résidents, reste limité par le coût du secteur animation qui se finance à travers le tarif hébergement. Un renforcement considérable des temps d'intervention ou d'animation plus individualisée pourrait être réalisé par l'implication des volontaires du service civique au sein des établissements.

Néanmoins, les programmes d'animations peuvent et doivent se renforcer par l'intégration d'une activité physique adaptée, offre d'activités intermédiaires entre l'animation, la prévention et les soins de kinésithérapie. Cet intérêt pour l'activité physique adaptée est renforcé par la difficulté pour les EHPAD à recourir à des interventions de kinésithérapie, sans pour autant qu'il s'agisse d'interventions assimilables, et par le développement de cursus de formation spécialisée dans les activités physiques adaptées pour le grand âge.

Par ailleurs, face à la forte présence de personnes atteintes de troubles cognitifs, le savoir-faire et savoir-être des soignants peut également s'accompagner d'un élément catalyseur adapté aux résidents. À ce titre la présence animale, ou de nouveaux modèles de robots émotionnels interactifs peuvent apporter un bénéfice important à certains résidents dès lors qu'ils sont déployés dans un cadre structuré et éthique.

Parmi les plaisirs unanimement reconnus pour les résidents : l'alimentation. Malgré tout il est encore constaté que la cuisine collective qui leur est proposée, bien qu'en forte amélioration qualitative, ne correspond pas toujours aux goûts d'une génération et, ne présente pas toutes les adaptations

aux capacités d'alimentation des résidents. Un renforcement de la spécificité de l'art culinaire gérontologique dans les cuisines collectives apparaît encore à rechercher et promouvoir.

Le partage entre établissements des expériences et savoir-faire semble particulièrement motivant pour des équipes de cuisines aux dimensions limitées qui n'ont pas toujours un accès facilité à la formation continue.

Les tracas des résidents, pas toujours dans la capacité de les exprimer, passe souvent par des petites choses dont les témoignages sont nombreux : parmi les objets trouvés/perdus des lots de lunettes, des prothèses dentaires. Autant d'objets essentiels, personnels et individualisés que l'on retrouve parfois sur d'autres résidents, inadaptés. Organiser l'identification de ces objets devient une nécessité.

Objectifs

Développer l'information apportée par l'Équipe médico-sociale de l'APA, notamment au travers une évaluation multidimensionnelle et la mise à disposition aux personnes aidées d'outils d'informations adaptés à leurs situations particulières leur permettant des choix éclairés.

Faire prendre conscience aux aidants de leur rôle en tant qu'acteurs de l'aide aux côtés des professionnels mais aussi en tant que destinataires d'un soutien particulier, est une étape essentielle.

Le soulagement de l'aidant nécessite d'être envisagé dans son environnement multidimensionnel, afin que les aides qui peuvent lui être proposées collent au plus près de la réalité du moment et évoluent en fonction de la situation de l'aidé, tout en étant le reflet de la propre prise de conscience de l'aidant.

Le binôme aidant/aidé est une entité qu'il faut appréhender comme telle dans les propositions de prises en charge, pour respecter l'histoire de vie qui anime leurs fonctionnements.

L'accès aux établissements peut être facilité par les outils numériques.

Tout d'abord le Département pourrait mettre à disposition du grand public sur son site internet sa base de données des caractéristiques des établissements du département dont les services et les tarifs avec modalités de recherches cartographiques. L'image du portail du Département apporterait une sécurisation et une confiance pour les marnais.

Ensuite, le Département de la Marne pourrait s'inscrire dans le dispositif « ViaTrajectoire Grand Âge », portail d'orientation vers l'établissement le plus adapté. Cet outil en ligne adopté par le champ sanitaire pour l'orientation vers les SSR a été étendu aux établissements médico-sociaux. Il permet de saisir en ligne les demandes d'entrée en structure d'hébergement, (inscription pouvant être réalisée par un travailleur social de CLIC, du Département ou d'établissement hospitalier). Il comprend trois volets de saisie, dont une partie médicale à compléter par le médecin traitant, et facilite le suivi des demandes en instance et propose une mise à jour régulière des listes d'attente.

Cette plateforme est unanimement attendue par les professionnels.

Par des partages de bonnes pratiques et des incitations dans les conventions tripartites ou CPOM, les conditions de vie courantes dans les établissements peuvent trouver des points d'améliorations multiples où les contraintes institutionnelles et collectives s'effacent au profit des temps de vie.

Actions

- Remettre à domicile des supports d'informations personnalisés aux bénéficiaires de l'APA
- Instaurer une réflexion autour d'un document permettant de reconnaître l'aidant en situation de fragilité dans une approche multidimensionnelle
- Trouver l'EHPAD adapté aux besoins et aux souhaits.
- Accompagner les initiatives de renforcement d'une offre d'activité physique adaptée
- Soutenir et accompagner les projets d'animation autour des volontaires du « service civique »
- Répondre aux besoins d'accompagnement la nuit en EHPAD
- L'alimentation et le goût en EHPAD : mutualiser des formations pratiques pour cuisiniers entre les EHPAD du département et mettre en avant le bon goût par l'organisation d'un concours des cuisines
- Sécuriser l'individualisation des prothèses et appareillages

Action n°3.1.1

Remettre à domicile des supports d'informations personnalisés aux bénéficiaires de l'APA	
Mise en œuvre opérationnelle	<ul style="list-style-type: none"> • Réaliser des fiches d'information thématiques : <ul style="list-style-type: none"> - Prestataire, mandataire, emploi direct - Mesures de protection - Accompagnement temporaire jour et nuit • Répondre au besoin d'accompagnement des bénéficiaires de l'APA
Public visé	Toute personne et son entourage rencontrés par l'EMS à domicile dans le cadre de l'évaluation des conditions du maintien à domicile
Pilote	Département
Partenaires Associés	
Indicateurs d'évaluation	Retour d'informations des partenaires intervenant au domicile des bénéficiaires de l'APA

Action n° 3.1.2

Instaurer une réflexion autour d'un document permettant de reconnaître l'aidant en situation de fragilité dans une approche multidimensionnelle	
Mise en œuvre	Réunir les professionnels du soutien à domicile pour choisir un outil de mesure du stress de l'aidant (type échelle de Zarit) permettant d'évaluer le ressenti de l'aidant et de décrypter toutes les tensions créées par la situation d'aide
Public Visé	Les aidants fragilisés
Pilote	Département
Partenaires associés	CLIC, MAIA, EMS, ESAD, Responsable SAAD
Indicateurs d'évaluation	Production du document de fragilité

Action n° 3.1.3

Trouver l'EHPAD adapté aux besoins et aux souhaits	
Mise en œuvre opérationnelle	<p>Utiliser les technologies de l'information pour offrir un choix éclairé et ciblé auprès des personnes ou leurs familles ayant besoin de trouver un EHPAD.</p> <p>Le déploiement de l'outil ViaTrajectoire bénéficie de l'expérience du lancement dans de nombreuses régions. Il convient tout d'abord de répertorier les établissements médico-sociaux concernés, puis apporter la formation à l'utilisation aux professionnels (gestionnaires d'établissements puis travailleurs sociaux) et assurer simultanément une promotion de l'outil auprès du corps médical.</p> <p>Le pilotage de l'opération est assuré par l'ARS en coopération avec le Département et en s'appuyant sur la coordination territoriale SSR.</p> <p>Compléter la base de données du pôle tarification et suivi des établissements des EHPAD par des éléments qualitatifs et des visuels et les tarifications libres des établissements non habilités.</p> <p>Adapter le site institutionnel du Département pour qu'il utilise les données mises à disposition et systématiquement à jour avec cartographies et filtres de recherche.</p> <p>Assurer un lien vers le portail ViaTrajectoire.</p>
Public visé	Personnes âgées en besoin d'EHPAD, établissements hospitaliers, travailleurs sociaux, médecins libéraux
Pilote	ARS, Département
Partenaires associés	Département et coordination territoriale SSR
Coût	ViaTrajectoire financé par l'ARS (estimation 150 000 €) Intégration site internet départemental de 2 à 5 000 €
Indicateurs d'évaluation	Nombre de connexions à l'outil

Action n° 3.1.4

Accompagner les initiatives de renforcement d'une offre d'activité physique adaptée	
Mise en œuvre opérationnelle	<p>Inciter à l'inscription de la mise en œuvre d'un projet d'offre d'activités physiques adaptées dans le projet d'établissement des EHPAD lors des conventions tripartites ou CPOM.</p> <p>Les projets induisant une pratique régulière, adaptée, sécurisante et progressive en cohérence avec le projet d'animation et le projet de soins pourront bénéficier d'un accompagnement budgétaire complémentaire.</p>
Public visé	Résidents des EHPAD
Pilote	Département
Partenaires associés	Gestionnaires d'Établissements
Indicateurs d'évaluation	Nombre et qualité des projets

Action n° 3.1.5

Soutenir et accompagner les projets d'animation autour des volontaires du « service civique »

Mise en œuvre opérationnelle	Mettre à disposition des EHPAD les conditions de recours aux volontaires du service civique. Assurer une diffusion des bonnes pratiques entre EHPAD intéressés Organiser une demi-journée d'information annuelle à destination des animateurs des établissements pour leur ouvrir les opportunités de la démarche de service civique.
Public visé	Résidents des EHPAD
Pilote	Département
Partenaires associés	DRDJCSC ou DDSCPP
Coût	Environ 150 €/mois par volontaire
Indicateurs d'évaluation	Nombre de conventions de service civique signées

Action n° 3.1.6

Répondre aux besoins d'accompagnement la nuit en EHPAD

Mise en œuvre opérationnelle	Organiser l'accompagnement des résidents en soirée et la nuit avec des lieux et personnels dédiés : <ul style="list-style-type: none"> • renforcement de la présence soignante la nuit ou en début de soirée, • organisation dans le cadre de l'équipe de nuit d'un lieu d'activité identifié pour prendre en charge les résidents ayant des troubles du sommeil Lors de la signature des conventions tripartites ou CPOM, l'établissement intégrera un projet d'accompagnement des résidents en soirée et nuit.
Public visé	Résidents désorientés des EHPAD
Pilote	Département
Partenaires associés	ARS
Coût	Orientation des moyens issus de l'augmentation de la perte d'autonomie et de la charge en soins vers ces actions
Indicateurs d'évaluation	Nature et nombre de projets

Action n° 3.1.7

L'alimentation et le goût en EHPAD : sensibiliser et mutualiser des formations pratiques pour cuisiniers entre les EHPAD du département, et mettre en avant le bon goût par l'organisation d'un concours des cuisines.

Mise en œuvre opérationnelle	<p>Organiser un cycle de formation pratique à destination des cuisiniers des EHPAD dont la cuisine n'est pas sous-traitée en assurant une mutualisation à l'échelle départementale.</p> <p>Identifier les établissements concernés, valider un cahier des charges entre gestionnaires intégrant tout à la fois les questions théoriques autour des régimes et de la diététique et une mise en pratique.</p> <p>Organiser un concours annuel dans le département permettant aux cuisiniers des établissements de se mettre en concurrence autour de la conception d'un repas respectant les goûts des seniors et les contraintes des textures.</p> <p>Assurer une médiatisation du concours et rechercher la participation de chefs restaurateurs</p>
Public visé	<p>Public direct : les cuisiniers des établissements</p> <p>Public indirect : les résidents</p>
Pilote	Département
Partenaires associés	Gestionnaires d'établissement, association des maîtres restaurateurs
Coût	Coût estimé à 15 000 € en majoration des tarifs hébergement pour la formation
Indicateurs d'évaluation	<p>Formations réalisées</p> <p>Organisation de concours</p>

Action n° 3.1.8

Sécuriser l'individualisation des prothèses et appareillages

Mise en œuvre opérationnelle	<p>Organiser le marquage des prothèses dentaires et des lunettes dans les EHPAD : établir un cahier des charges et identifier des moyens et des prestataires à même de réaliser un marquage des prothèses dentaires et des lunettes des résidents.</p> <p>Dans le cadre des conventions tripartites ou CPOM, faire inscrire dans les protocoles d'admission des établissements ces marquages afin de les systématiser.</p>
Public visé	Les résidents des EHPAD
Pilote	Département
Partenaires associés	Gestionnaires d'établissement, Union des prothésistes dentaires
Indicateurs d'évaluation	Réalisation des marquages dans les EHPAD

FICHE N°3.2 : Renforcer et spécialiser l'offre de service

Constats

Bien que considérablement renouvelé par des travaux d'humanisation, reconstruction ou réhabilitation menés au cours des dernières années, le parc marnais d'Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes connaît encore quelques établissements dont les conditions architecturales ne correspondent plus aux attentes des résidents ou de leurs familles et rendent difficile voir incompatible l'accueil de certaines pathologies, notamment cognitives. Nombres d'établissements construits dans les années 1980 ne comportent pas de sanitaires individuels, ou trop de chambres doubles, manquent d'espaces de déambulation ou adaptés à une vie en unité protégée.

Ce cadre présente une contrainte à l'accompagnement quotidien et un frein à l'attractivité des établissements.

Les conditions architecturales d'accueil constituent avec l'accompagnement humain un élément fondamental de la qualité de prise en charge des personnes dépendantes. Les réflexions portées sur les espaces individuels, les circulations, les lieux d'activités ou d'animation intègrent les problématiques et besoins du public accueilli et facilitent le travail des soignants et la relation aux familles.

Face à cette problématique, 12 établissements nécessiteront progressivement une réhabilitation de grande ampleur sur site ou une reconstruction. Compte tenu de capacités autorisées parfois inférieures à des seuils d'optimisation de gestion rendant supportables les investissements à réaliser, la priorité des créations de places nouvelles pourrait se porter sur ces projets.

En outre trois établissements sont identifiés avec des limites dans leur capacité à accueillir des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés dans des stades trop avancés et pour lesquels une augmentation de capacité avec projet architectural adapté apporterait une réponse aux équipes et aux familles.

Par ailleurs, les nouvelles technologies et les matériaux innovants peuvent désormais apporter des soutiens importants au quotidien des équipes (vigilance, antibactériens...) qu'il convient d'intégrer dès les phases de conception des programmes immobiliers de reconstruction ou réhabilitation.

Compte tenu du renforcement du soutien à domicile, et d'une mortalité en hausse durant le début de l'année 2015, l'offre d'établissement est apparue globalement satisfaisante dans le département de la Marne.

Une certaine tension peut néanmoins se faire ressentir dans quelques établissements habilités ou à tarifs hébergement modéré des secteurs de Reims, Châlons-en-Champagne et dans les territoires du Sud-Est et Sud-Ouest marnais.

Les EHPAD doivent pouvoir s'impliquer dans la diversification des publics à accueillir avec des places identifiées en faveur des personnes handicapées vieillissantes. Ces personnes âgées, plus jeunes que les pensionnaires habituels des EHPAD, nourrissent d'autres aspirations et demandent d'autres accompagnements. Le Département a expérimenté avec succès un dispositif de conventionnement et projets spécifiques pour l'accueil de personnes déficientes intellectuelles en EHPAD qui pourrait être développé sur différents bassins de vie.

Bien que médicalisés, les EHPAD n'apportent pas un panel complet de soins lorsque ceux-ci relèvent d'une spécialité. Trop souvent l'accès aux soins spécialisés nécessite des déplacements complexes voire déstabilisants pour les résidents désorientés. Trop souvent il ne se fait pas en raison de l'éloignement. La liaison avec le personnel soignant de l'EHPAD n'est pas toujours bien assurée. Trop souvent le médecin spécialiste n'intègre pas la dimension gériatrique à son diagnostic ou ses prescriptions.



Le constat partagé des participants aux groupes de travail de réflexion du schéma gérontologique, regroupant des directeurs d'établissements, des médecins-coordonnateurs et des cadres de santé, est qu'il faut faire venir les soins spécialisés dans l'EHPAD.

Plusieurs exemples positifs sont mis en avant : l'équipe mobile de soins palliatifs, les coopérations locales avec les secteurs de psychiatrie, une convention avec l'école dentaire...

Trois spécialités sont particulièrement requises dans les EHPAD : la géronto-psychiatrie, les soins dentaires, et la dermatologie.

Chacune de ces spécialités pourrait franchir les portes des EHPAD par des dispositifs innovants à mettre en œuvre et mutualisés : équipes mobiles, cabinet itinérant et télémédecine.

Objectifs

Tout en maintenant une offre d'établissement à tarif hébergement maîtrisé, le territoire marnais doit finaliser l'adaptation de son offre d'hébergement médicalisé aux besoins de personnes plus lourdement dépendantes et présentant à titre principal une altération des fonctions cognitives.

Compte tenu de l'évolution de la population âgée et des opportunités de réhabilitation d'établissement, une augmentation de 5% de l'offre de place en EHPAD sera recherchée.

Faciliter l'accès à une offre de soins spécialisés pour les résidents en EHPAD.

Actions

- Poursuivre l'accompagnement des EHPAD dans la modernisation et l'adaptation des établissements
- Poursuivre l'accompagnement des EHPAD dans leur adaptation architecturale aux troubles cognitifs
- Programmer un renforcement de l'offre par extensions non significatives de capacité
- Spécialiser une offre d'accueil pour personnes handicapées vieillissantes
- Créer un accompagnement Géronto-psychiatrique pour les EHPAD par une équipe mobile
- Créer un cabinet itinérant de dentistes spécialisés en gériatrie
- Favoriser le développement de la télémédecine en EHPAD pour permettre l'accès à des spécialistes

Action n° 3.2.1

Poursuivre l'accompagnement des EHPAD dans la modernisation et l'adaptation des établissements

Mise en œuvre opérationnelle	<p>Les projets de réhabilitations, reconstructions ou extensions adaptées des établissements suivants pourront être soutenus sous la forme d'une tarification adaptée, d'une augmentation ou d'un transfert de capacité.</p> <p>Établissements devant être reconstruits durant le schéma :</p> <ul style="list-style-type: none"> • EHPAD Hôtel Dieu à Vertus • EHPAD Korian Les Catalaunes à Chalons-en-Champagne (avec extension de 24 places) • EHPAD Nazareth à Montmirail • EHPAD du Centre Hospitalier Auban Moët à Dormans • EHPAD Résidence du Parc à Saint-Germain-la-Ville • EHPAD Résidence Roederer du CHU de Reims • EHPAD du V120 du Centre Hospitalier de Châlons-en-Champagne <p>Établissements devant bénéficier d'une réhabilitation pour tout ou partie du bâtiment :</p> <ul style="list-style-type: none"> • EHPAD Le Village du Centre Hospitalier de Châlons-en-Champagne • EHPAD du Centre Hospitalier de Vitry-le-François (avec extension de 15 places) • EHPAD Korian Sarmatia à Sermaize-les-Bains • EHPAD de Thiéblemont (3^e tranche de travaux) • EHPAD du Centre Hospitalier d'Argonne à Sainte-Menéhould • EHPAD du GHAM de Sézanne
Public visé	Résidents en EHPAD
Pilote	Gestionnaires des EHPAD concernés
Partenaires associés	Département et ARS
Indicateurs d'évaluation	Reconstructions et réhabilitations effectives



Action n° 3.2.2

Poursuivre l'accompagnement des EHPAD dans leur adaptation architecturale aux troubles cognitifs

Mise en œuvre opérationnelle	<p>Autorisation d'extension à accorder aux établissements ciblés afin de leur permettre d'adapter leur offre d'accueil aux troubles cognitifs. Prévoir l'inscription au PRIAC des besoins en places estimés et soutien par une tarification adaptée des coûts d'investissement.</p> <p>Établissements devant bénéficier d'une extension pour adapter leur capacité d'accueil aux malades Alzheimer ou troubles apparentés :</p> <ul style="list-style-type: none"> • EHPAD Résidence Pierre Simon de Suippes (extension de 15 places) • EHPAD Foyer Françoise de Sales Aviat à Sézanne (extension de 15 places) • EHPAD Résidence du Bord de Vesle (extension de 24 places)
Public visé	Résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés
Pilote	Gestionnaires des EHPAD concernés
Partenaires associés	Département et ARS
Indicateurs d'évaluation	Extensions effectives

Action n° 3.2.3

Programmer un renforcement de l'offre par extensions non significatives de capacité

Mise en œuvre opérationnelle	<p>Compte tenu de la hausse de la population de plus de 85 ans dans le département, il est estimé un besoin de places nouvelles correspondant à une hausse de la capacité départementale de +5 %, soit 222 places nouvelles.</p> <p>Cette augmentation de la capacité pourra être réalisée dans le cadre d'extension d'établissements existants ou à reconstruire.</p> <p>Leur programmation de financement et l'investissement devront être coordonnés dans le cadre du PRIAC, de la tarification annuelle et des conventions tripartites ou CPOM.</p> <p>Les priorités en matière de renforcement de places d'hébergement permanent exploitées sont les suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Extension de 15 places à Suippes (Résidence Pierre Simon) • Extension de 15 places à Sézanne (Foyer Françoise de Sales Aviat) • Extension de 35 places à Chalons-en-Champagne (Korian Les Catalaunes) • Extension de 15 places à Vitry le François (CH de Vitry-le-François) • Extension de 24 places à Cormontreuil (Résidence du Bord de Vesle) • Relocalisation de 70 places à Dormans (CHAM d'Épernay) • Plus particulièrement sur l'agglomération rémoise, les opportunités d'extension représentent 48 places et portent sur : <ul style="list-style-type: none"> • Transformation de 28 places d'EHPA à Bezannes (Résidence Clémenceau) en EHPAD • Extension de 20 places à Reims (Résidence Saint Martin)
Public visé	Personnes âgées dépendantes
Pilote	Département
Partenaires associés	ARS
Coût	<p>Coût à la place pour la section dépendance : 5 900 €</p> <p>Coût à la place pour la section soins : 9 600 €</p> <p>Soit un total de 3 441 000 €</p>
Indicateurs d'évaluation	Réalisation des opérations d'extension et installation des capacités nouvelles

Action n° 3.2.4

Spécialiser une offre d'accueil pour personnes handicapées vieillissantes	
Mise en œuvre opérationnelle	<p>Le Département a expérimenté avec succès un modèle de convention entre EHPAD et gestionnaires de structures pour personnes handicapées afin d'apporter à l'EHPAD des moyens humains d'accompagnement socio-éducatif en plus de l'équipe soignante et d'animation de l'EHPAD.</p> <p>L'EHPAD bénéficie d'une tarification spécifique pour les places spécialisées permettant pour une unité d'environ 15 personnes de financer la mise à disposition d'un équivalent temps plein par un gestionnaire spécialisé dans le handicap.</p> <p>Un projet est prévu pour Vitry le François dans le cadre de l'extension de 15 places, et un projet pourrait utilement être développé dans le Sud-Ouest Marnais et en Argonne.</p>
Public visé	Personnes handicapées vieillissantes déficientes intellectuelles
Pilote	Département
Partenaires associés	Gestionnaires d'EHPAD et d'établissements pour personnes handicapées
Coût	45 000 € par unité de 15 places spécialisées soit 135 000 € (dépenses fléchées dans l'action sociale pour personnes handicapées)
Indicateurs d'évaluation	Capacité nouvelle spécialisée

Action n° 3.2.5

Créer un accompagnement Géro-psycho-geriatrique pour les EHPAD par une équipe mobile	
Mise en œuvre opérationnelle	<p>En collaboration avec l'EPSMM ou l'acteur territorial de la psychiatrie, construire une équipe mobile de géronto-psycho-geriatrie.</p> <p>Cette équipe mobile, spécialisée interviendrait en fonction des besoins identifiés auprès des EHPAD.</p> <p>Son dimensionnement et rayonnement sur plusieurs établissements permettrait de financer des temps pleins de spécialistes dont les recrutements s'avèrent difficiles.</p> <p>Son financement pourrait intervenir par le biais d'une mutualisation de crédits soins et dépendance des EHPAD parties prenantes.</p>
Public visé	Résidents atteints de troubles mentaux
Pilote	Département et ARS
Partenaires associés	EPSMM
Indicateurs d'évaluation	Existence de l'équipe mobile

Action n° 3.2.6

Créer un cabinet itinérant de dentistes spécialisés en gériatrie	
Mise en œuvre opérationnelle	<p>L'accès aux soins dentaires est difficile pour les résidents d'EHPAD en raison du déplacement en cabinet ou de la spécificité gériatrique nécessaire à prendre en compte par le dentiste.</p> <p>Une action pourrait consister en la construction d'un cabinet itinérant avec équipement intégré à un véhicule (bus) et dentistes spécialisés en gériatrie.</p> <p>Ce cabinet pourrait réaliser les soins ainsi qu'un entretien des prothèses dentaires, assurant par sa spécialisation une sensibilisation des équipes soignantes à l'hygiène bucco-dentaire.</p>
Public visé	Résidents des EHPAD
Pilote	Département
Partenaires associés	CPAM, Conseil départemental de l'ordre des chirurgiens-dentistes et ARS
Coût	Investissement du bus adapté : 300 000 €
Indicateurs d'évaluation	Existence du cabinet itinérant

Action n° 3.2.7

Favoriser le développement de la télémédecine en EHPAD pour permettre l'accès à des spécialistes	
Mise en œuvre opérationnelle	<p>Les consultations de spécialistes peuvent parfois être réalisées à distance sur transmission de données médicales ou d'image collectés par l'équipe soignante de l'établissement.</p> <p>C'est notamment le cas en dermatologie où des plaies, infections ou escarres peuvent nécessiter un simple besoin de vérification prescrit par le médecin généraliste.</p> <p>La télémédecine en établissement médico-social, en priorité en milieu rural, fait ainsi partie des cinq chantiers prioritaires du comité national de télémédecine.</p> <p>Il convient tout d'abord d'intégrer ce besoin dans le Programme régional de télémédecine puis d'identifier les porteurs potentiels de projet.</p>
Public visé	Patients résidents en EHPAD rural et populations âgées environnantes
Pilote	ARS
Partenaires associés	Département, Médecins-coordonnateurs, CPAM
Indicateurs d'évaluation	Nombre de consultations réalisées à distance, nombre d'établissements concernés

FICHE N° 3.3 : Former les intervenants bénévoles et professionnels

Constats

Qu'il s'agisse de lutter contre l'isolement ou d'accompagner la fin de vie en établissement, le soutien de la personne âgée nécessite un accompagnement humain aux multiples compétences. Ces compétences sont requises, acquises ou disponibles, tout à la fois chez les professionnels et les intervenants bénévoles.

La formation de tous les acteurs, en continu, adaptée aux conditions d'exercice et aux évolutions des besoins de la personne âgée nécessite une attention particulière tant elle est essentielle dans la qualité de l'accompagnement ressenti et mis en œuvre.

Ce besoin de formation est particulièrement prégnant auprès des pertes d'autonomies importantes. Les équipes d'intervention à domicile sont amenées à faire face à des accompagnements lourds dans la mesure où les personnes âgées sont davantage dépendantes. La situation du maintien à domicile se complexifie, les pathologies se cumulent. L'approche de la personne, les procédures de prise en charge requièrent des connaissances et une personnalisation au quotidien dans la mise en place des aides. La place des aidants familiaux fait partie intégrante de l'accompagnement de la fin de vie

Ces situations exigent la mise en place d'une communication régulière avec la famille, l'aidant principal, les professionnels, notamment quand il s'agit de personnes âgées qui n'ont plus la possibilité d'exprimer leurs besoins et souhaits. Dans ce cadre, un effort important est à mener s'agissant des connaissances spécialisées pour les professionnels du domicile dans la prise en charge des troubles de la grande dépendance.

La grande dépendance est de plus en plus marquée dans les Établissements d'Hébergement pour personnes âgées Dépendantes. Les GIR moyens pondérés et les évaluations PATHOS montrent une forte progression des besoins d'accompagnement de fin de vie et de situations de pertes cognitives. Ce renforcement des situations difficiles conduit les soignants à des pertes de repères et à un accompagnement qui n'est pas adapté aux besoins des résidents.

Cette complexification des accompagnements, des postures à tenir et des soins à apporter doit être pris en compte dans un environnement où la qualité de l'intervention humaine est au cœur de la prise en charge.

Le personnel doit ainsi être soutenu par des outils et formations adaptés aux situations rencontrées.

La Société Française de Gériatrie et Gérontologie a construit un outil reconnu, le programme MobiQual – Mobilisation pour l'amélioration de la Qualité des pratiques professionnelles- qui propose des outils scientifiques et pédagogiques de référence sur les thématiques gériatriques et gérontologiques essentielles aux fins d'information, de sensibilisation et de formation des professionnels intervenant auprès des personnes âgées en perte d'autonomie. Les équipes soignantes qui l'ont adopté manifestent une amélioration notable de la qualité de prise en charge et du sens donné aux équipes. Les différentes thématiques développées sont : Douleur, Soins palliatifs, Dépression, Bien-traitance, Nutrition, Alzheimer, Risques infectieux.

Par ailleurs, le vieillissement de la population et les besoins de répondre aux pathologies psychiatriques de cette tranche d'âge constituent un défi pour les soignants. Cette problématique pose de fortes difficultés aux établissements ; si une intervention extérieure de spécialiste pourra apporter une partie de la réponse, la formation des équipes soignantes à ces pathologies psychiques rendues spécifiques par le grand âge est indispensable.

Objectifs

- Permettre par la formation et la mise à disposition d'outils auprès des intervenants autour de la personne âgée une hausse qualitative des prises en charge.
- Rechercher les mutualisations locales de formation et les partages de bonnes pratiques entre établissements.

Actions

- Former pour repérer les signes de la fragilité
- Former les professionnels du domicile pour faire face à l'accompagnement des troubles du grand âge
- Organiser et mutualiser des actions de formation en faveur de la prévention-sécurité et l'échange de bonnes pratiques professionnelles par des dispositifs adaptés et innovants d'apprentissage
- Former les aidants professionnels du domicile au fonctionnement des processus d'aide du concept aidant/aidé
- Développer les référentiels de bonnes pratiques pour les professionnels (MOBIQUAL : Mobilisation pour l'amélioration de la Qualité des pratiques professionnelles)
- Mutualiser des formations à la géronto-psychiatrie

Action n° 3.3.1

Former pour repérer les signes de la fragilité

Mise en œuvre opérationnelle	<ul style="list-style-type: none"> • Mise en place d'un outil de formation permettant le repérage des déterminants majeurs de la fragilité, notamment sur les signes avant-coureurs de la dépression • Réflexion autour de la création d'une fiche commune de modification de situation à domicile • Associer et former les aidants professionnels du domicile à ces deux modules de réflexion et de formation
Public visé	Les personnes âgées en situation de solitude et d'isolement
Pilotes	Département / REGECAP
Partenaires associés	Les aidants professionnels du domicile
Indicateurs d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de personnes formées - Production de la fiche d'indicateurs de fragilité



Action n° 3.3.2

Former les professionnels du domicile pour faire face à l'accompagnement des troubles du grand âge	
Mise en œuvre	<ul style="list-style-type: none"> • Dispenser des formations sur le repérage des signaux de fragilité • Apporter des techniques sur l'accompagnement relationnel et la bien-traitance • Dispenser des formations sur la nutrition, le refus de soins, la toilette bien-être • Amener les professionnels à réfléchir sur les postures personnelles à adopter, le recul, la distance à instaurer face aux affects, sans ressenti d'échec
Public visé	Les professionnels intervenant au domicile des personnes âgées très dépendantes : SSIAD/SAAD/EMS/CLIC/MAIA
Pilote	Département/REGECAP
Partenaires associés	SAAD/SIAD/CLIC/MAIA
Indicateurs d'évaluation	Nombre de personnes formées

Action n° 3.3.3

Organiser et mutualiser des actions de formation en faveur de la prévention-sécurité et l'échange de bonnes pratiques professionnelles par des dispositifs adaptés et innovants d'apprentissage	
Mise en œuvre opérationnelle	<p>La qualité des interventions est une recherche constante des services et des usagers alors que la technicité requise par la grande dépendance devient plus complexe. La formation et la transmission des savoir-faire est essentielle.</p> <p>L'accès aux formations étant tout à la fois lourde pour les intervenants compte tenu de la mobilité géographique et coûteuse pour les gestionnaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Des formations de proximité peuvent être mutualisées entre gestionnaires • la mise en œuvre de la transmission des savoirs et des procédures par des dispositifs adaptés et innovants d'apprentissage doit être explorée et soutenue (e-learning, protocole vidéo...).
Public Visé	Intervenants des Services d'aide et d'accompagnement à domicile
Pilote	Département et Gestionnaires de Services à domicile
Partenaires associés	
Indicateurs d'évaluation	Nombre de formations mutualisées

Action n° 3.3.4

Former les aidants professionnels du domicile au fonctionnement des processus d'aide du concept aidant/aidé

Mise en œuvre	Apporter aux intervenants une formation leur permettant d'être sensibilisés aux différents configurations et impacts des processus psychologiques de la relation d'aide et d'en repérer les répercussions vérifiables à domicile.
Public Visé	Tous les intervenants professionnels à domicile
Pilote	Département
Partenaires associés	Organismes de formations spécialisés
Indicateurs d'évaluation	Nombre de professionnels formés

Action n° 3.3.5

Développer les référentiels de bonnes pratiques pour les professionnels (MOBIQUAL : Mobilisation pour l'amélioration de la Qualité des pratiques professionnelles)

Mise en œuvre opérationnelle	<p>Le programme MobiQual propose des outils scientifiques et pédagogiques de référence sur les thématiques gériatriques et gérontologiques essentielles aux fins d'information, de sensibilisation et de formation des professionnels intervenant auprès des personnes âgées en perte d'autonomie.</p> <p>Sept thématiques sont actuellement disponibles pour les établissements : Douleur, Soins palliatifs, Dépression, Bien-être, Nutrition, Alzheimer, Risques infectieux.</p> <p>Afin d'inciter les établissements à recourir à ces outils, le budget dépendance pourrait financer l'abonnement annuel au programme par les EHPAD et prendre en considération les temps de pilotage par un référent de terrain de l'établissement (psychologue ou aide-soignant).</p>
Public visé	Professionnels des EHPAD
Pilote	Département
Partenaires associés	ARS et Directions des EHPAD
Coût	Abonnement annuel pour tous les EHPAD du Département 17 000 € Valorisation de 0,1 ETP de référent par établissement (4 000 €) pour 51 établissements
Indicateurs d'évaluation	Nombre d'établissements ayant mis en œuvre le programme



Action n° 3.3.6

Mutualiser des formations à la géronto-psychiatrie

Mise en œuvre opérationnelle	<p>En complément de l'action relative à la mise en œuvre d'une équipe mobile de géronto-psychiatrie, les équipes soignantes doivent être formées à l'accompagnement des résidents atteints de ces pathologies.</p> <p>La formation des équipes intervient par deux moyens : le contact avec les intervenants extérieurs et la formation théorique.</p> <p>Cette formation doit pouvoir être mutualisée au profit des équipes soignantes des EHPAD, permettant à tous d'y avoir accès malgré les contraintes de financement de la formation et la continuité des soins.</p> <p>L'EPSMM titulaire d'un agrément organisme de formation pourrait porter l'action en définissant un contenu pédagogique et assurant sa mise en œuvre.</p> <p>Environ 1 000 aides-soignants sont à former soit 60 formations à organiser</p>
Public visé	Professionnels des EHPAD
Pilote	Département
Partenaires associés	EPSMM
Coût	84 000 € sur 3 ans (700 €/j X 60 formations de 2 jours)
Indicateurs d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de personnes formées - Nombre d'établissements participant à la formation - Ratio de soignants par établissement ayant suivi la formation - recours à l'équipe mobile géronto-psychiatrique

FICHE N° 3.4 : Accompagner la grande dépendance et les fins de vie

Constats

Ultimes accompagnements, entre souffrances vécues et douleurs ressenties, la fin de vie mérite une attention prépondérante.

Tous les acteurs de ces moments difficiles sont à prendre en compte : la personne âgée, ses proches, tout particulièrement lorsqu'ils sont aidants à domicile, et les intervenants auxiliaires de vie ou soignants.

Des guides de bonnes pratiques existent. Des associations, telle JALMAV, apportent un soutien manifeste aux personnes âgées à leurs proches.

Les intervenants à domicile, souvent isolés dans leurs pratiques, sont impactés moralement par les dénouements de vies et la succession de deuils vécus.

S'il a tendance à se réduire avec le renforcement des équipes soignantes en établissement, le recours à l'hospitalisation pour les résidents d'EHPAD - considéré comme un échec pour le secteur médico-social - reste encore trop fréquent. L'intervention dans les établissements, de services spécialisés d'Hospitalisations à Domicile (HAD) ou de Soins palliatifs permet un accompagnement de fin de vie au sein des EHPAD.

Le Département compte :

- 3 Services d'Hospitalisation A Domicile (La Croix Rouge à Reims, le CH Auban-Moët à Épernay et l'Association HAD France pour Chalons-en-Champagne et l'Argonne)

Si la réglementation et les conditions organisant l'intervention de ces services en EHPAD sont désormais bien installées (14 des 24 critères de recours à l'HAD sont admis pour une prise en charge en EHPAD : les soins palliatifs, les pansements complexes, les escarres et ulcères, les soins de nursing lourd, la nutrition entérale ou parentérale, les traitements intraveineux, l'assistance respiratoire mécanisée, la chimiothérapie anticancéreuse, la prise en charge de la douleur, la rééducation orthopédique ou neurologique, la transfusion sanguine et la surveillance d'aplasie), on peut constater que l'ensemble des établissements ne dispose pas d'une convention opérationnelle avec ces services et que leurs interventions restent pour de nombreux établissements encore une théorie. Les coopérations entre EHPAD et HAD restent donc à renforcer, voire à construire sur certains territoires.

Par ailleurs, les 4 équipes mobiles de soins palliatifs (CHU de Reims, Groupe Hospitalier Aube Marne et CH de Châlons-en-Champagne, CH de Saint-Dizier), dont les interventions sont ressenties très positivement par les EHPAD et qui ont contribué à diffuser les bonnes pratiques professionnelles paraissent devoir être étoffées pour limiter encore le recours à l'hospitalisation des résidents en EHPAD.

Objectifs

Donner aux professionnels les outils et méthodes permettant de transmettre des émotions aux personnes atteintes de pertes cognitives.

Aider, soutenir les temps de fins de vie à domicile comme en établissement pour apporter les derniers confort et accompagnements aux personnes âgées et leurs proches.

Assurer à tous les établissements médico-sociaux marnais les moyens d'intervention des services d'Hospitalisation à domicile et de soins palliatifs.

Actions

- Accompagner la fin à domicile en dispensant les bonnes pratiques de la fin de vie à domicile aidant/aidé et professionnels
- Soutenir les projets d'accompagnement des personnes atteintes de troubles cognitifs par des médiations animales ou des robots émotionnels interactifs.
- L'intervention de l'hospitalisation à domicile (HAD) et les soins palliatifs auprès des résidents d'EHPAD

Action n° 3.4.1

Accompagner la fin à domicile en dispensant les bonnes pratiques de la fin de vie à domicile aidant/aidé et professionnels

Mise en œuvre	<ul style="list-style-type: none"> • Former les personnels intervenants sur l'accompagnement des fins de vie et du respect de la dignité • Accompagner le personnel par le soutien d'un psychologue, groupe de parole / intra ou inter SAAD • Évaluation régulière des situations aidé/aidant/médecin/équipes soignantes et d'accompagnants pour valider la poursuite du maintien à domicile par un protocole dédié • Réactivité du Département sur l'adaptation du plan d'aide APA GIR 1 et 2 • Proposer aux proches les aides susceptibles de les aider (psychologue, soins palliatifs, JALMAV)
Public visé	<ul style="list-style-type: none"> • Les professionnels intervenants au domicile des personnes âgées très dépendantes : SSIAD/SAAD/EMS/CLIC/MAIA • Les familles
Pilote	Département
Partenaire associé	SSIAD, SAAD, Hospitalisation à domicile, CLIC
Indicateurs d'évaluation	Personnels formés Protocole de suivi Nombre de personnes âgées suivies Mise en place des aides psychologiques aux personnels

Action n° 3.4.2

Soutenir les projets d'accompagnement des personnes atteintes de troubles cognitifs par des médiations animales ou des robots émotionnels interactifs.	
Mise en œuvre opérationnelle	<p>Certains résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés sont particulièrement réceptifs (calme, sourire, émotions...) aux interactions produites par un contact avec des animaux (chien, chat, lapin...).</p> <p>Il en est de même de certains robots émotionnels interactifs.</p> <p>Le Département à travers la section dépendance pourra prendre en compte les coûts liés aux projets présentés par les établissements déclinant ces deux types de médiations dans leur organisations.</p>
Public visé	Résidents avec troubles cognitifs
Pilote	Département
Partenaires associés	Directions d'EHPAD
Coût	<p>Investissement pour Robot émotionnel interactif : 6 000 € (estimation 25 % des établissements : 72 000 € sur 3 ans)</p> <p>Fonctionnement pour entretien animal : 600 €/an (estimation 25 % des établissements : 7 200 €)</p>
Indicateurs d'évaluation	Nombre d'établissements ayant construit un projet

Action n° 3.4.3

L'intervention de l'hospitalisation à domicile (HAD) et des soins palliatifs auprès des résidents d'EHPAD	
Mise en œuvre opérationnelle	<p>Recenser auprès des services de HAD et Equipes mobiles de soins palliatifs les conventions passées avec les EHPAD.</p> <p>Organiser le contact avec les EHPAD n'ayant pas de convention avec ces services.</p> <p>Assurer une couverture par les HAD et les équipes mobiles de soins palliatifs pour tout le département.</p> <p>Communiquer auprès du corps médical sur les conditions de prescription de ces services.</p> <p>Organiser un bilan régulier du fonctionnement des conventions de coopérations et des taux d'intervention de ces services en EHPAD.</p> <p>Poursuivre l'expérimentation de la présence de personnel infirmier la nuit, au besoin par mutualisation géographique.</p>
Public visé	Personnes âgées en fin de vie
Pilote	ARS et Département
Partenaires associés	CPAM / REGECAP
Indicateurs d'évaluation	<p>Nombre d'établissements couverts par une convention</p> <p>Taux de prescription</p>

ÉVALUATION

L'évaluation des actions dans le social n'est jamais simple. On ne peut se satisfaire d'indicateurs uniquement quantitatifs. La qualité du travail mené doit également pouvoir être évaluée sachant qu'elle comporte une part importante de subjectivité même si les critères d'appréciation ont préalablement été définis.

Ainsi, il a été prévu que chaque action déclinée dans ce schéma puisse être évaluée en cours et en fin de période. C'est pourquoi dès la définition de chaque fiche action, a été créée une rubrique s'intitulant « indicateurs d'évaluation ». Les consolidations de résultats devront ainsi être facilitées.

Cependant, il est important de préciser que toutes les actions n'ont pas été pensées avec la même temporalité, certaines s'inscrivant dans la durée du schéma, sur du long terme et d'autres pouvant être mises en œuvre sur du court terme. Les évaluations devront par conséquent tenir compte de ce paramètre de base.

Comme pour les schémas précédents, des bilans intermédiaires sont d'ores et déjà actés, qui seront présentés aux élus et aux partenaires, en fonction de la réalisation effective des actions.

Enfin, les modifications législatives et contingences financières peuvent être source de ralentissement ou de questionnements, et nous aurons à prendre en compte ces incertitudes dans l'accomplissement des projets.

Mais l'essentiel est aujourd'hui de poursuivre l'action : la dynamique créée à l'occasion de ces nombreuses réunions a permis aux acteurs de se rencontrer, parfois d'apprendre à se connaître, et en tout cas d'échanger, pour mesurer chacun à la place qui est la sienne combien il est un rouage essentiel dans l'organisation d'un service complexe, évolutif, et au fond singulier car il doit répondre non seulement à la problématique générale du vieillissement, mais surtout plus spécifiquement à l'attente de chacune des personnes concernées.

Il convient également d'être attentif à la communication la plus large possible de tous nos dispositifs, à la fois en direction des professionnels mais aussi de la population âgée et de sa famille.

La meilleure évaluation est donc au fond celle que nous renvoie le public sur l'articulation, la disponibilité et les compétences des services d'aide à domicile, sur le maillage, la diversité, et l'humanité des structures d'hébergement, et plus généralement encore sur l'adéquation entre les coûts et les services rendus.

C'est aussi sur tout cela qu'il convient de veiller !



GLOSSAIRE

A.C.T.P. : Allocation Compensatrice pour Tierce Personne

A.D.M.R. : Association D'aide en Milieu Rural

A.G.G.I.R. : Autonomie Gérontologie Groupe Iso Ressources

A.N.A.H. : Agence Nationale pour l'Amélioration de l'Habitat

A.P.A. : Allocation Personnalisée d'Autonomie

A.R.S. : Agence Régionale de Santé

A.S.P.A. : Allocation de solidarité aux personnes âgées

A.V.S. : Auxiliaire de Vie Sociale

CARSAT : Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail

C.A.S.F. : Code de l'Action Sociale et des Familles

C.C.A.S. : Centre Communal d'Action Sociale

C.L.I.C. : Centre Local d'Information et de Coordination gérontologique

C.N.A.V. : Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse

C.N.S.A. : Caisse Nationale de solidarité pour l'autonomie

DIRECCTE : Direction Régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation du travail et de l'emploi

D.R.E.S.S. : Direction de la Recherche des Études de l'évaluation et des Statistiques

E.H.P.A. : Etablissement d'Hébergement des Personnes Âgées

E.H.P.A.D. : Etablissement d'Hébergement des Personnes Âgées Dépendantes

E.P.S.M.M. : Etablissement public de santé mentale de la Marne

E.T.P. : Equivalent Temps Plein

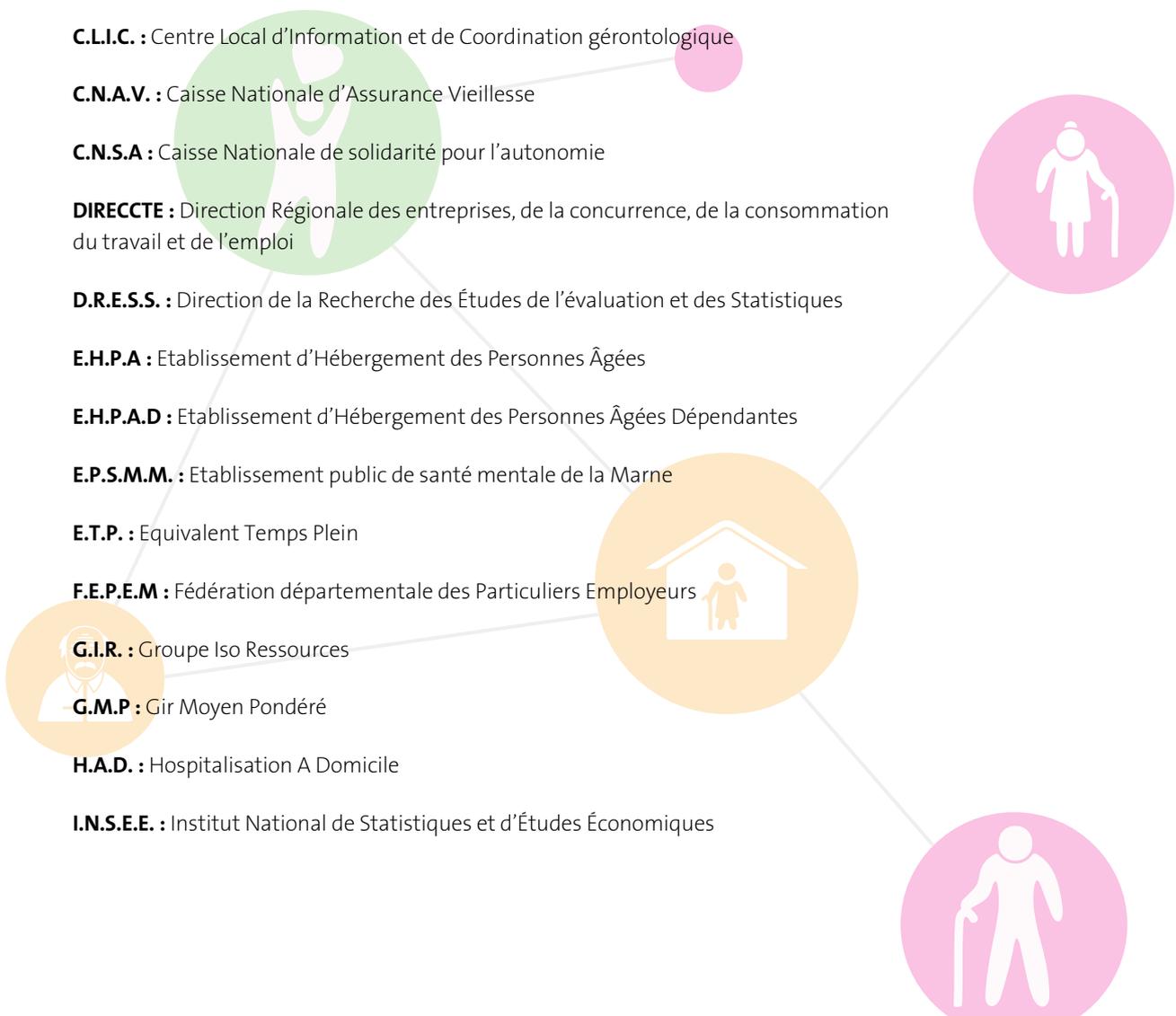
F.E.P.E.M. : Fédération départementale des Particuliers Employeurs

G.I.R. : Groupe Iso Ressources

G.M.P. : Gir Moyen Pondéré

H.A.D. : Hospitalisation A Domicile

I.N.S.E.E. : Institut National de Statistiques et d'Études Économiques



I.N.S.E.R.M. : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

M.A.I.A. : Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins

M.A.R.P.A. : Maison d'Accueil Rurale pour Personnes Âgées

M.S.A. : Mutualité Sociale Agricole

M.T.P. : Majoration Tierce Personne

REGECAP : Réseau Gériatrique Champagne-Ardenne

R.P.A. : Résidence pour Personnes Âgées

P.A.S.A. : Pôles d'activités et de soins adaptés

P.R.I.A.C. : Programme interdépartemental d'accompagnement des personnes handicapées et de la perte d'autonomie.

P.U.V. : Petite Unité de Vie

S.A.A.D. : Service d'aide et d'accompagnement à domicile

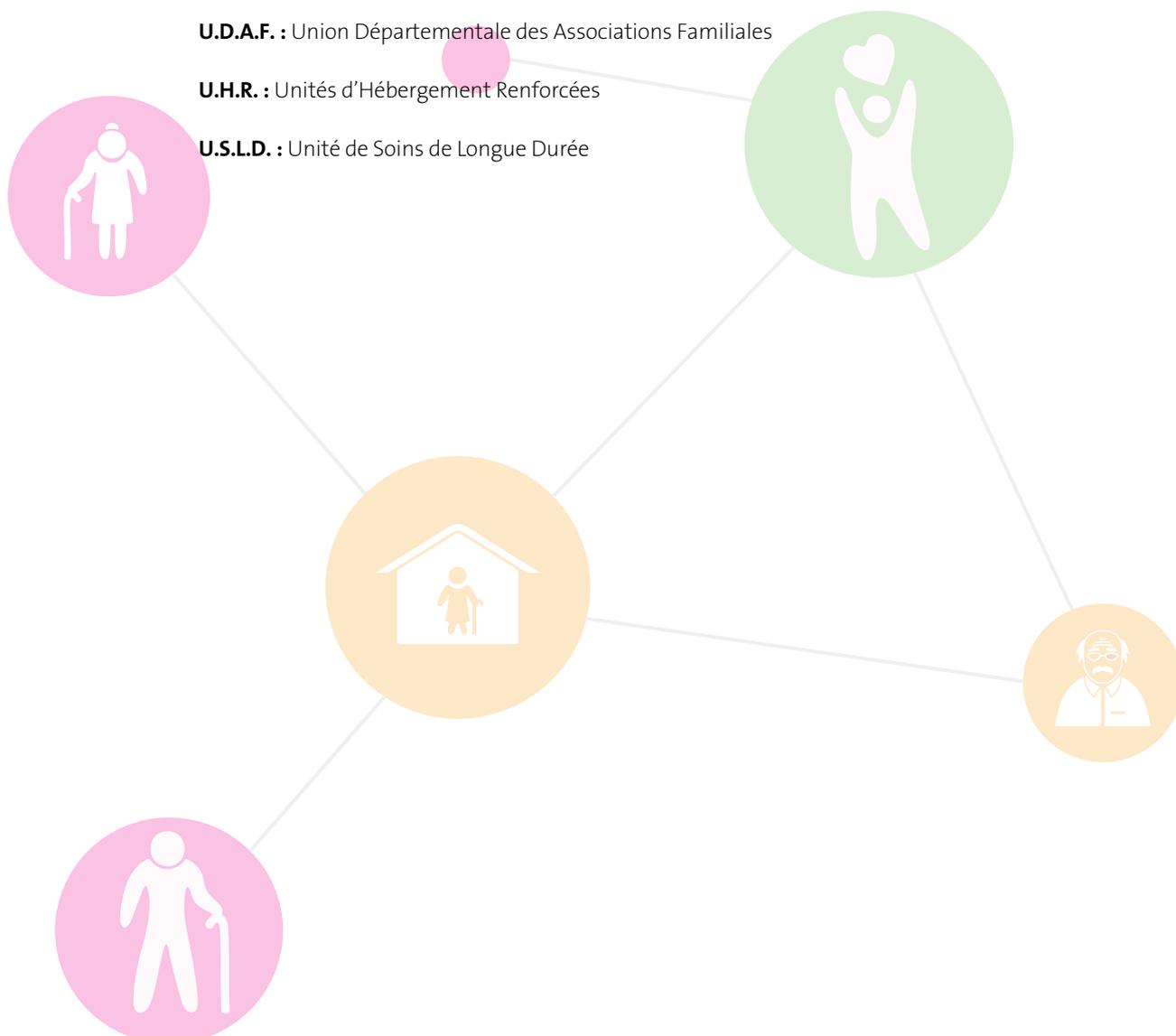
S.P.A.S.A.D. : Services Polyvalents d'Aide et de Soins à Domicile

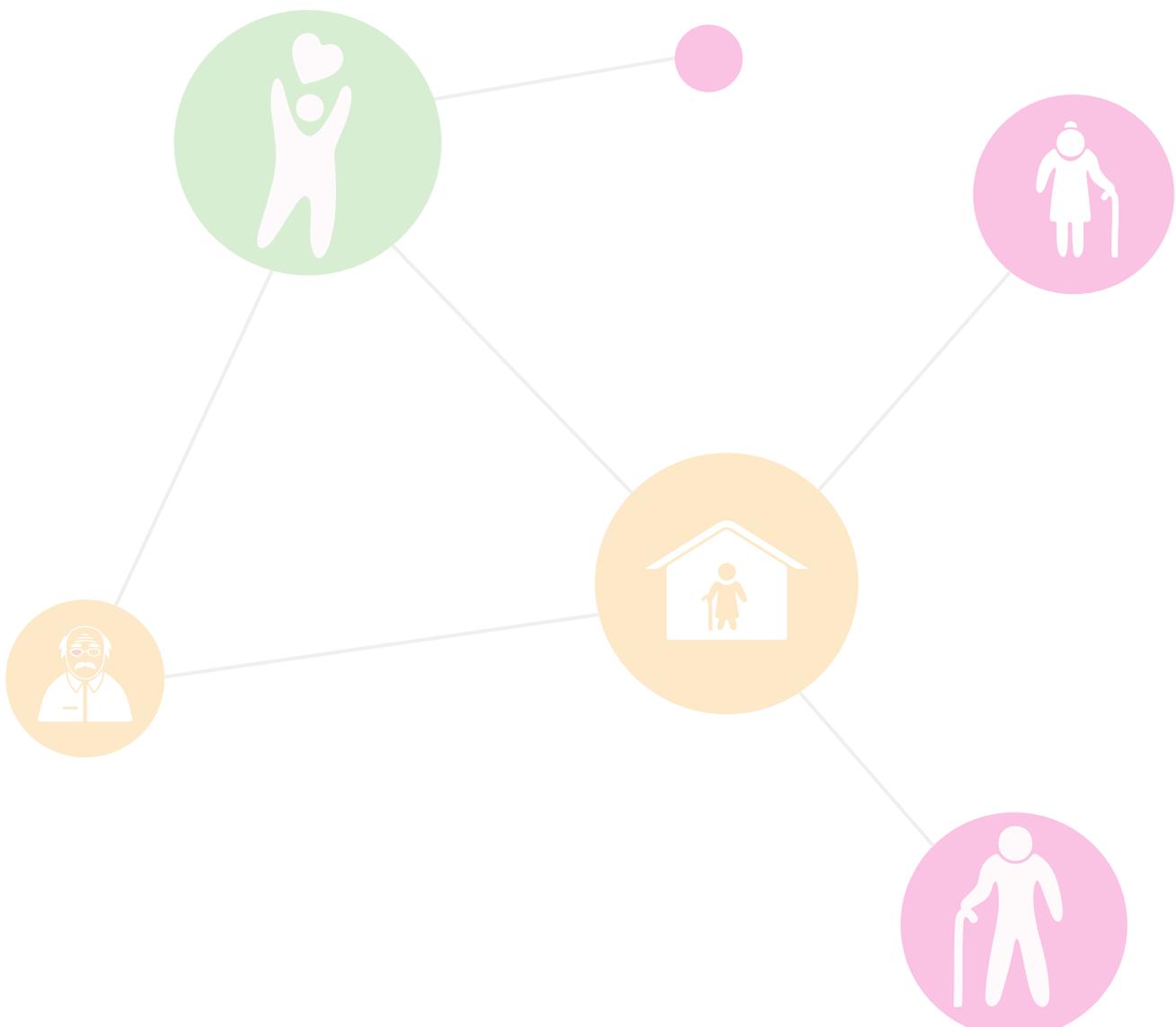
S.S.I.A.D. : Service de Soins Infirmiers A Domicile

U.D.A.F. : Union Départementale des Associations Familiales

U.H.R. : Unités d'Hébergement Renforcées

U.S.L.D. : Unité de Soins de Longue Durée





DÉPARTEMENT DE LA MARNE
Direction de la Solidarité Départementale
Service solidarité, grand âge et handicap
courriel : dsd@marne.fr
tél. 03 26 69 56 56
www.marne.fr

